

**UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**  
**Facultad de Psicología y Psicopedagogía**

**Tesis de Doctorado**

**ANOREXIA NERVIOSA**  
**REPRESENTACIÓN SUBJETIVA DEL PADRE**

**Director de Tesis: Dra. María Cristina Richaud de Minzi**

**Doctorando: Lic. Horacio R. Losinno**

**Marzo de 2006**

# Índice

<b>Capítulo 1:</b>	<b>Introducción y objetivos .....</b>	<b>7</b>
	1.1 Introducción .....	7
	1.2 Objetivos .....	8
<b>Capítulo 2:</b>	<b>Antecedentes históricos .....</b>	<b>9</b>
	2.1 Anorexia nerviosa y Bulimia .....	23
	2.2 Perspectiva histórica de la bulimia .....	28
	2.3 Matthew Daking .....	33
	2.4 Samuel Johnson .....	34
	2.5 Anne Denise .....	35
<b>Capítulo 3:</b>	<b>Manifestaciones clínicas .....</b>	<b>37</b>
	3.1 Restricción alimentaria .....	38
	3.2 Temor a engordar .....	39
	3.3 Distorsión de la imagen corporal .....	45
	3.4 Ocuparse de que otros coman .....	48
	3.5 Hiperactividad .....	49
	3.6 Baja autoestima .....	52
	3.7 Sensación de vacío .....	54
	3.8 Ausencia de sexualidad genital .....	59
	3.9 Amenorrea .....	60
	3.10 Otras manifestaciones físicas .....	61
<b>Capítulo 4:</b>	<b>Las otras formas de anorexia .....</b>	<b>63</b>
	4.1 Las enfermedades somáticas que incluyen la anorexia entre sus síntomas .....	63
	4.2 Hipopituitarismo y panhipopituitarismo .....	63
	4.3 Enfermedad de Addison .....	66
	4.4 Enfermedad de Basedow .....	67
	4.5 Enfermedad de Crohn .....	68
	4.6 Síndrome de la arteria mesentérica superior .....	69
	4.7 Las patologías psíquicas que incluyen la anorexia .....	70



4.8 Anorexia primaria del lactante .....	70
4.9 Anorexia del segundo semestre .....	72
4.10 La anorexia en el hospitalismo .....	74
4.11 Anorexias de la segunda infancia .....	77
4.12 Anorexias de la vejez .....	78
4.13 Las anorexias en la esquizofrenia .....	82
4.14 Las anorexias en la melancolía .....	83
4.15 Las anorexias en la paranoia .....	85
4.16 Las anorexias histéricas .....	86
<b>Capítulo 5:</b> Las perspectivas actuales .....	88
5.1 La anorexia y las enfermedades psicosomáticas .....	88
5.2 Anorexia nerviosa y esquizofrenia .....	98
5.3 Anorexia nerviosa y melancolía .....	100
5.4 Anorexia nerviosa y paranoia .....	102
5.5 La anorexia nerviosa como trastorno borderline .....	103
5.6 La anorexia nerviosa y los trastornos narcisistas .....	108
5.7 Anorexia nerviosa y neurosis obsesiva .....	111
5.8 Anorexia nerviosa e histeria .....	114
5.9 Anorexia nerviosa y toxicomanía .....	118
5.10 La anorexia nerviosa y el modelo del continuo .....	125
<b>Capítulo 6:</b> Criterios de hospitalización, complicaciones y causas de muerte ..	130
<b>Capítulo 7:</b> La anorexia nerviosa masculina .....	136
<b>Capítulo 8:</b> Estado actual del conocimiento .....	147
8.1 Investigaciones desde la óptica de un observador externo .....	147
8.2 Investigaciones que atienden a la opinión de la hija afectada ..	149
8.3 Investigaciones que atienden a la imagen subjetiva de padre ..	155
<b>Capítulo 9:</b> Marco teórico .....	158
9.1 Representaciones .....	158
9.2 El contenido de las representaciones .....	161
9.3 Ligadura entre representaciones .....	162
9.4 La influencia de la proyección .....	164

9.5 Las lógicas que intervienen .....	165
9.6 Representación de padre nutricio .....	166
9.7 Representación e instinto .....	168
9.8 Pulsiones, representaciones y afectos .....	171
9.9 Representaciones concientes e inconcientes .....	173
9.10 Transferencia .....	174
9.11 Constitución de los clisés transferenciales .....	175
9.12 El patrón transferencial en el vínculo con el terapeuta .....	176
<b>Capítulo 10: Método .....</b>	<b>179</b>
10.1 Sujeto de estudio .....	179
10.2 Edades de las muestras .....	180
10.3 Instrumentos .....	180
10.3.1 Método del Tema Central de Conflicto en la Relación .....	180
10.3.2 Confiabilidad y validez .....	181
10.3.3 La transferencia y la evidencia aportada por el CCRT .....	183
10.3.4 Ventajas del CCRT con respecto a la evaluación clínica ....	195
10.3.5 El CCRT y su aplicación a la literatura .....	195
10.3.6 Entrevista de paradigma de anécdotas de relación (RAP) ..	196
10.3.7 Tipos de reacciones .....	198
10.3.8 Influencia del terapeuta sobre las narraciones .....	201
10.3.9 Evaluación de las narrativas .....	203
10.3.10 Confiabilidad entre jueces .....	204
10.4 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	205
10.5 Procedimientos .....	205
<b>Capítulo 11: Resultados .....</b>	<b>207</b>
11.1 Perfil del EDI en las adolescentes del grupo de control .....	207
11.2 Porcentajes .....	208
<b>Capítulo 12: Discusión .....</b>	<b>211</b>
<b>Capítulo 13: Conclusiones .....</b>	<b>221</b>
<b>Capítulo 14: Implicancias de los hallazgos para la práctica clínica .....</b>	<b>223</b>
14.1 La creación de una atmósfera adecuada .....	224

14.2 La interpretación de las defensas .....	227
14.3 La forma de hacer preguntas y el manejo del silencio .....	229
14.4 Rescatar los cambios positivos .....	235
14.5 La transformación de la pasividad en actividad .....	239
<b>Capítulo 15: Recomendaciones .....</b>	<b>241</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>242</b>
<b>Anexo A .....</b>	<b>264</b>
<b>Anexo B .....</b>	<b>267</b>
<b>Anexo C .....</b>	<b>268</b>
<b>Anexo D .....</b>	<b>269</b>
<b>Anexo E .....</b>	<b>272</b>
<b>Anexo F .....</b>	<b>275</b>

**Lista de figuras**

**FIGURA 1:** Perfil de las adolescentes del grupo de control en el EDI-2 ..... 208

**Lista de tablas**

**TABLA 1.** Medias y desvíos estándar de las escalas del EDI-2 ..... 207

**TABLA 2.** Porcentajes según diagnóstico y deseos ..... 209

**TABLA 3.** Porcentajes según diagnóstico y reacciones de los otros ..... 209

**TABLA 4.** Porcentajes según diagnóstico y reacciones del sujeto ..... 210

***A Ángela***

# **Capítulo 1**

## **Introducción y Objetivos**

### **1.1 Introducción**

La anorexia nerviosa es un padecimiento estructuralmente complejo. Tanto en su génesis como en su mantenimiento se entrelazan factores socioculturales, orgánicos y psicológicos. Esta investigación es de carácter descriptivo, y se centra en uno de los elementos que constituyen el componente psicológico: la representación subjetiva del padre. Dadas las características del estudio descriptivo, no se enunciará una hipótesis previa al trabajo.

El estudio de la representación subjetiva del padre, que opera en las jóvenes que padecen anorexia nerviosa puede arrojar algo de luz sobre las características del vínculo que establecen con los distintos profesionales de la salud e influir, así, en el abordaje terapéutico.

Luborsky y Crits-Christoph (1990) sostienen que el examen de los patrones centrales de relación obtenidos por el CCRT demuestra que hay un altísimo grado de similitud entre vínculos que los pacientes establecen con sus terapeutas y los que habían activado anteriormente con sus padres y sus hermanos mayores. De ello se desprende que, conocer el patrón ligado a la imagen del padre es fundamental para el tratamiento y para comprender el por qué de la interrupción de muchos procesos terapéuticos.

Por otra parte, cabe aclarar que al tratar de dilucidar si existe una representación subjetiva del padre, común a todas en las adolescentes de la muestra que padecen anorexia nerviosa, no se pretende adjudicar a dicha representación un valor etiológico. Como destaca Freud (1911c, 1907-1926), lo específico de una enfermedad es el mecanismo de la formación de síntomas y la defensa en juego. Siguiendo a Freud (1907-1926), consideramos que la



explicación del trastorno sólo puede darla el mecanismo, considerado dinámica, tónica y económicamente.

## **1.2 Objetivos**

De acuerdo a lo planteado en el marco teórico acerca de las afirmaciones de Freud (1923d), Losinno y Vera (2000), Maldavsky (1986) y Navarro (1999) sobre las distintas representaciones del padre operantes en los cuadros narcisistas y en las neurosis de transferencia, y por nuestras observaciones clínicas, el objetivo de este trabajo será determinar si existe una representación del padre específica en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa.



## Capítulo 2

### Antecedentes históricos

Según la opinión popular, el padecimiento al que hoy llamamos anorexia nerviosa es el producto de los criterios estéticos de las tres últimas décadas. Sin embargo, la primera descripción médica de la anorexia nerviosa fue publicada por Richard Morton a fines del siglo XVII. En 1689, en *Phthysiología, seu Exercitationes de Phthisi*, Morton (como se cita en Silverman, 1983) relata que la hija de Mister Duke, a los dieciocho años, comenzó a presentar algunos síntomas de “*Consunción Nerviosa*” (pág. 2830). El más temprano de dichos síntomas fue una pertinaz amenorrea secundaria. Mientras restringía paulatinamente su ingesta alegando falta de apetito, la joven se abocó de manera compulsiva a la lectura. Tras la prescripción de algunos medicamentos, la señorita Duke comenzó a vomitar; al cabo de dos años presentaba hipotermia y estaba delgada “*como un esqueleto sólo recubierto con piel*” (pág. 2830). Morton indica la “*aplicación externa de bolsas aromáticas hechas para la región del estómago*” y “*emplastes estomacales*” junto con “*medicinas amargas (...) suficientemente impregnadas con alcoholes de sal amoníaca y tintura de castor*” (pág. 2830). La paciente parecía mejorar, “*pero cansándose rápidamente de las medicinas rogó que toda la cuestión se consignara nuevamente a la naturaleza, después de lo cual, consumiéndose cada día más y más, sufrió un desvanecimiento y murió*” (pág. 2830). Morton sostiene que el padecimiento de la señorita Duke es causado por “*una multitud de tristezas y preocupaciones ansiosas*” (pág. 2830).

En su libro, subtulado en la traducción al inglés *Un Tratado de las Consunciones*, Morton (como se cita en Silverman, 1990) también hace referencia al padecimiento de un joven anoréxico: “*El hijo del Reverendo Ministro Steele, mi muy buen amigo, aproximadamente al decimosexto año de su edad, cayó gradualmente en una total carencia de apetito, ocasionada por su estudiar muy duro, y las pasiones de su mente, y pasando de eso a una atrofia global,*

*consumiéndose más y más por el espacio de dos años, sin nada de tos, fiebre, o cualquier otro síntoma de cualquier enfermedad de sus pulmones, o cualquier otra víscera; y también sin ninguna otra relajación, o diabetes, o cualquier otro signo de una colicuación o inexplicable evacuación. Y por lo tanto yo juzgué esta consunción como de origen nervioso y que tenía su base en el hábito total del cuerpo, y que surgía del sistema nervioso que estaba perturbado” (pág. 4).*

Con respecto al tratamiento, Morton (como se cita en Silverman, 1990) dice: *“primero intenté su cura con el uso de antiescorbúticos, bitter y medicinas calibeadas, tanto naturales como artificiales, pero sin ningún beneficio; y por lo tanto cuando descubrí que el método anterior no respondía a nuestras expectativas, le aconsejé que abandonara sus estudios, ir al aire de campo y que se valiera de la equitación y consumiera dieta láctea (y especialmente que bebiera leche de burra) por un largo período. Por el uso de lo cual él recuperó su salud en gran medida, aunque él no está todavía perfectamente liberado de su estado de consunción; y cuál será el resultado de este método, todavía no aparece claramente” (pág. 4).*

El tratado de Morton hace evidente que la anorexia nerviosa masculina dista de ser una patología nueva, generada por los ideales estéticos de nuestra época. También nos habla de la antigüedad del método terapéutico, que combina el obligar al paciente a abandonar los estudios con el aislamiento social.

En 1764, Robert Whytt (como se cita en Silverman, 1990) de Edimburgo, publica un informe en el que describe *“una atrofia nerviosa” (pág. 4)*. Whytt supone que el *“deseo de descanso refrescante y el humor bajo o la melancolía que generalmente acompañan a esta enfermedad puede contribuir a evitar la adecuada nutrición del cuerpo” (pág. 4)*. Como lo hace Morton setenta y cinco años antes, Whytt (como se cita en Silverman, 1990) reporta un caso de anorexia nerviosa masculina. Se trata de un muchacho de catorce años *“de un hábito débil y delicado y de sentimientos sensitivos y vivaces” (pág. 5)*, que *“a comienzos de junio de 1757 fue observado de estar de ánimo bajo y pensativo, de perder su apetito y de tener mala digestión” (pág. 5)*. Al parecer, a los tres meses de instaurado el cuadro, el paciente pasa de la anorexia restrictiva a los raptos

bulímicos. Whytt (como se cita en Silverman, 1990) señala con respecto a este cambio: *"Hacia fin de agosto su mal dio un giro repentino; entonces él comenzó a tener tal anhelo por la comida, con una digestión rápida, que se debilitaba a menos que comiera casi cada dos horas (...) hacia mediados de octubre él estaba más rollizo de lo que alguna vez lo hubiera estado antes"* (pág. 5).

En 1790, Robert Willan (como se cita en Silverman, 1990) hace imprimir en Londres *Un Destacable Caso de Abstinencia*. Allí describe lo sucedido a *"un hombre joven con ataque mental de estudio y melancolía"* (pág. 5). El paciente, que ha desarrollado síntomas de indigestión durante dos años, se embarca en un ayuno riguroso con el pretexto de aliviar su mal. Willan, en cambio, piensa que el desafortunado régimen es el resultado de *"algunas nociones equivocadas de religión"* (pág. 5). Mostrando la tendencia al encapsulamiento que caracteriza a quienes padecen anorexia nerviosa, el paciente *"se retiró de los negocios, y de la sociedad de sus amigos, tomó alojamiento en una calle oscura y emprendió su plan; el cual era, abstenerse de cualquier comida sólida, y sólo humedecerse su boca, de tanto en tanto, con agua levemente saborizada con jugo de naranjas"* (págs. 5-6). Willan comenta que pasados los *"tres días de abstinencia, el anhelo, o deseo por la comida, que era al principio muy preocupante, desaparece completamente"* (pág. 6). Como en un primer momento se siente capaz de proseguir sin dificultad con la severa tarea que se ha autoimpuesto —copiar la Biblia en taquigrafía— llega a creer que su soporte es *"pretematural"* (pág. 6). Dos meses después de comenzar el régimen *"esta ilusión se había desvanecido; él se encontró deteriorándose gradualmente y hundiéndose a la tumba"* (pág. 6). Su apariencia sugiere *"la idea de un esqueleto"* (pág. 6). En este estado el paciente acepta una dieta compuesta por agua de cebada y caldo de carnero. Incluso, en ausencia de su enfermero, llega a darse un atracón de pan con manteca, pero vomita inmediatamente. Desde ese momento *"desarrolló lapsos de memoria y se puso desequilibrado e inmanejable (...) comenzó a encolerizarse y a hablar incoherentemente. El tratamiento consistió en una poción purgante fuerte y dos enemas"* (pág. 6). Con posterioridad



el joven es llevado al campo, donde, tras aceptar cualquier alimento que se le ofrece, muere a los pocos días.

A principios del siglo XIX, Rees (1819, como se cita en Parry-Jones, 1991) afirma que la anorexia es muy pocas veces una enfermedad idiopática. Cree que puede ser causada por varias enfermedades físicas, por una conmoción repentina o por *"noticias desalentadoras o pasiones depresivas"* (pág. 24).

En octubre de 1859, Louis-Victor Marcé lee, en la Société Médico-Psychologique de París, un manuscrito titulado *Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments*. La comunicación de Marcé (como se cita en Silverman, 1989) se ocupa de aquellas jovencitas que *"durante el período de la pubertad, y luego de un precoz desarrollo físico, padecen de inapetencia a niveles extremos"* (pág. 833). Dichas pacientes, observa Marcé, llegan a la convicción delirante *"de que no pueden o no deben comer"*. Este *"delirio hipocondríaco"* (pág. 834) hace que los intentos de obligarlas a adoptar un régimen conveniente sean enfrentados *"con estratagemas infinitas y una resistencia inconquistable"* (pág. 833). Resulta llamativo que, a mediados del siglo XIX, la comunicación de Marcé no sólo haga mención a un supuesto aumento en el número de casos registrados, sino que también incluya algunas hipótesis para explicar un fenómeno que muchos creen un patrimonio exclusivo de fines del siglo XX. Al respecto, el resumen del trabajo de Marcé publicado en el *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology* dice: *"En referencia al mayor número de casos similares a estos, que han llegado a mi conocimiento, me aventuraría a decir que los primeros médicos que atendieron a los pacientes confundieron el significado real de esta obstinada negación a los alimentos: lejos de ver en ella una idea delirante de naturaleza hipocondríaca, solo se ocuparon del estado en el que se encontraba el estómago, y prescribieron, en consecuencia, condimentos, tónicos, hierro, ejercicio e hidroterapias con el objeto de estimular la actividad de las funciones digestivas. Sin importar cuán excelentes puedan aparentar ser estas medidas terapéuticas, siempre resultaron insuficientes cuando esta enfermedad se encontraba en una etapa avanzada"* (pág. 834, resaltado agregado).

Al referirse al origen del padecimiento, Marcé agrega: *"Por lo tanto, ya no es el estómago lo que demanda atención, puesto que el estómago es totalmente capaz de digerir, y sólo padece la necesidad de alimento; en consecuencia, es la idea delirante la que constituye el punto de partida, y en la cual yace la esencia de la enfermedad; los pacientes dejan de ser dispépticos, son dementes"* (pág. 834).

El tratamiento propuesto por Marcé para doblegar a las pacientes combina el alejamiento de la familia con el empleo progresivo de la fuerza: *"Este delirio hipocondríaco no puede ser combatido mientras los sujetos permanezcan con su familia y en su círculo habitual: la obstinada resistencia que ofrecen, los padecimientos del estómago que enumeran con incesante lamento, producen una emoción tan vívida que no permite que el médico actúe con toda libertad ni obtenga el dominio moral necesario. Por ello es indispensable cambiar el hábitat y las circunstancias que rodean al paciente, así como confiar los pacientes al cuidado de extraños. Si a pesar de estos esfuerzos, el rechazo a la comida continúa, se vuelve necesario emplear la intimidación e incluso la fuerza. Si con este último método no se obtuviera resultado satisfactorio alguno, yo no dudaría en recomendar el uso de sonda esofágica. Pero es necesario proceder progresivamente y por etapas. Día a día proveer los alimentos, sean sólidos o líquidos, que serán acrecentados gradualmente, e inclusive sería beneficioso pesar la comida, para proceder con mayor exactitud y confianza sin omitir ningún paso"* (pág. 834).

En 1873, Charles Lasègue, médico de la Prefectura de Policía de París, describe lo que él llama *"anorexia histérica"*. Lasègue destaca que esta forma de la histeria *"con focalización gástrica"* —a la que considera una enfermedad mental con evolución típica y tratamiento específico— es lo suficientemente frecuente como para no caer, al diferenciarla de otras, en el error de generalizar de manera artificial un caso particular. Según Lasègue (1873), *"se trata de un cuadro bastante constante en sus síntomas como para que los médicos que lo han observado puedan observar la exactitud (...) [de su] relato y*



como para que a aquellos que lo encontraran en su práctica no los tome desprevenido" (pág. 58, aclaración entre corchetes agregada).

Lasègue (1873) distingue tres fases en el padecimiento. En la primera fase, la paciente *"siente un malestar luego de alimentarse: vagas sensaciones de plenitud, angustia, gastralgia post prandium o más bien al comienzo de la ingesta"* (pág. 59). La joven (tiene entre 15 y 20 años) experimenta *"una emoción que o bien confiesa o bien disimula. Lo más frecuente es que se trate de un proyecto de casamiento real o imaginario, de una contrariedad referente a alguna simpatía o aún a alguna aspiración más o menos conciente"* (pág. 59). Otras veces, dice Lasègue, *"quedamos reducidos a conjeturas sobre la causa ocasional, sea porque a la jovencita le convenga encerrarse en ese mutismo tan habitual en las histéricas, sea porque no conozca la causa primera"* (pág. 59). Lo cierto es que en el curso de la primera fase, el malestar inicial se repite *"y luego continúa, insignificante pero tenaz durante varios días"* (pág. 59).

En la segunda fase, la repugnancia de la paciente ante los alimentos *"sigue su marcha progresiva lentamente. Las comidas se reducen de más en más y en general basta una sola, almuerzo o cena, para considerarse alimentada"* (pág. 60). Así, *"la enferma suprime sucesivamente una de las clases de alimentos: el pan, la carne, ciertas verduras. A veces acepta reemplazar un alimento por otro (pan por bizcochos, por ejemplo), al que se aficiona en forma exclusiva durante algunas semanas para dejarlo también o reemplazarlo por un tercer elemento"* (pág. 60). Es el punto en que se instaura la hiperactividad: *"la enferma lejos de debilitarse o entristecerse despliega una forma de alegría que no presentaba de ordinario"* (pág. 60). Tiende a sentirse *"más liviana, monta a caballo, realiza largas marchas a pié, recibe y hace visitas y lleva una vida mundana fatigante sin acusar el cansancio del que se hubiera quejado anteriormente"* (pág. 60). Si en la fase anterior restringía la ingesta alegando sufrimientos, ahora la joven —con *"un optimismo inexpugnable contra el que se quiebran las súplicas y las amenazas"*— argumenta: *"No sufro, por lo tanto estoy sana"* (pág. 61).

En la tercera fase, *"Las reglas hasta ese momento insuficientes, irregulares, cesan de producirse y además sobreviene la sed. Son las primeras advertencias de complicaciones inminentes"* (pág. 63). Si se examina a la paciente, se encuentra una retracción de las paredes abdominales que no existía hasta ese momento y notable disminución en su elasticidad. Si bien es cierto que la enferma no se queja, *"la región epigástrica se torna dolorosa a la presión. (...) La constipación pertinaz no cede más a los purgantes. La piel está seca, rugosa, sin plasticidad y el pulso es frecuente"* (pág. 63).

Lasègue (1873), al igual que Marcé, hace referencia a las ideas delirantes: *"Constantemente en presencia de sensaciones que recuerdan, por más de un detalle las impresiones de los hipocondríacos y las ideas delirantes de los alienados, las histéricas no pueden sustraerse de esta dominación por un esfuerzo voluntario (...) Cuanto más se concentra su atención más se perfecciona la noción de malestar. Al cabo de un tiempo variable de esta funesta concentración la enfermedad entra en una nueva fase [la segunda], su tema está hecho, ahora sistematizará a la manera de ciertos alienados y no buscará más argumentos: las respuestas se toman aún más uniformes que las preguntas"* (pág. 61, resaltado y aclaración entre corchetes agregada).

Cuando alude a la familia, Lasègue (1873) presta atención a los dos métodos que los padres agotan siempre: *"rogar y amenazar"* (pág. 61). Con perspicacia señala: *"el exceso de insistencia llama a un exceso de resistencia"* (pág. 61). Al médico le recomienda no recurrir nunca a la intimidación, así como cuidarse especialmente de emitir juicios que hagan que la anoréxica pueda suponerlo un aliado de la familia. Cuando estos recaudos no se tienen en cuenta, dice Lasègue, las pacientes *"no perdonan y considerando que uno ha comenzado las hostilidades se atribuyen el derecho a continuarlas con tenacidad implacable"* (pág. 59).

También en Francia, y para la misma época, Jean Martín Charcot se presenta a sí mismo como el precursor de un método supuestamente infalible para curar a quienes padecen anorexia nerviosa: aislamiento combinado con amenazas y recompensas. Charcot (como se cita en Raimbault y Eliacheff, 1989)



reclama, incluso, la prioridad de esa práctica en los siguientes términos: *"Por otra parte, el método se abrió camino por sí solo, pues observo que en Inglaterra y en Estados Unidos su eficacia es proclamada fervorosamente. Por esta razón, reivindicaría para nosotros su origen, puesto que, si no me equivoco, nos pertenece con toda legitimidad, por lo menos en lo que respecta al tratamiento de la histeria y de sus dolencias anexas"* (pág. 17).

Apelando a su autoridad, Charcot insta a los padres de las pacientes a alejarse del lugar de internación *"lo antes posible, o fingir alejarse lo antes posible"* (pág. 18). Si no logra inmediatamente el consentimiento de éstos, los reprende severamente.

Cuando el gran maestro de la Salpêtrière queda como dueño absoluto de la situación, *"las enfermas son alojadas bajo la dirección de personas competentes y experimentadas; habitualmente se trata de religiosas que debido a una extensa práctica, en general se volvieron muy expertas en el manejo de esa clase de enfermos. Una mano benévola pero firme, mucha calma y paciencia son aquí condiciones indispensables. Los padres son sistemáticamente alejados hasta el día en que, luego de que se ha notado una clara mejoría, se les permite a los pacientes verlos, a título de recompensa; al principio, a intervalos más bien extensos, luego, cada vez más cercanos, a medida que se acentúa la cura"* (págs. 18-19).

En lo que hace a la ubicación del padecimiento y a su relación con la histeria, después de describir las manifestaciones que observa en una joven que rechaza *"sistemáticamente cualquier alimento"* (pág. 18) a pesar de no tener ningún trastorno en la deglución ni desórdenes gástricos, Charcot sostiene: *"Era éste uno de esos casos que limitan con la histeria, pero que no le pertenecen en exclusividad, y que fueron descritos tan admirablemente por Lasègue en Francia y por W. Gull en Inglaterra bajo el nombre de anorexia nerviosa o de anorexia histérica"* (pág. 18).

Oponiéndose a Charcot, en 1888, Myrtle cree que aislar a las pacientes de su familia es innecesario desde el punto de vista terapéutico,

demasiado costoso en el campo económico y un castigo cruel por su enfermedad a quien la sufre (Herscovici y Bay, 1990).

El 24 de Octubre de 1873, Sir. William Withey Gull lee, ante la Sociedad Clínica de Londres, un informe en el que hace referencia a un *"estado mental mórbido"* (Gull, 1874, pág. 527) caracterizado por: el adelgazamiento extremo, la edad en que se desencadena *"entre las edades de quince y veintitrés años"* (pág. 527)—, su incidencia en el sexo femenino, el despliegue de hiperactividad (*"Tales pacientes aunque extremadamente carenciados, no se quejaban de dolor, ni siquiera de alguna molestia, pero a menudo estaban singularmente inquietos y voluntariosos en casos en los que el abatimiento no había alcanzado su punto extremo"* (pág. 527), la baja temperatura corporal y la lentificación del pulso. Lo llama *anorexia nerviosa* (Vandereycken y Van Deth, 1989).

De los nueve participantes que figuran en el acta de la reunión junto al Dr. Gull, siete sostienen que han atendido a pacientes con severos trastornos del comportamiento alimentario. En el informe escrito se puede leer lo siguiente: *"El Dr. Quain se alegró de que Sir. Gull haya hecho resurgir este tema, ya que estos eran casos familiares para él, y los consideraba de gran interés"* (Gull, 1874, pág. 528, resaltado agregado).

En lo que hace al tratamiento, Gull sostiene que los pacientes requieren *"control moral"* (pág. 528), sugiriendo *"un cambio en las relaciones domésticas desde el comienzo"* (pág. 528). La comida, dice, debe *"ser dada a intervalos cortos"* (pág. 528), evitando así que quienes padecen anorexia queden *"librados a sus propias inclinaciones en el asunto"* (pág. 528).

Algunos años después, Pierre Janet (1909) recurre al concepto de *disociación* para explicar los procesos que subyacen a determinadas manifestaciones clínicas de la histeria. Fairbairn (1954) destaca que la disociación es para Janet un proceso pasivo de desintegración (en este sentido en marcado contraste con el concepto freudiano de represión), ocasionado por el fracaso de la función cohesiva ejercida habitualmente por el yo normal.

Siguiendo a Lasègue, Janet (1909) incluye dentro de esas manifestaciones de la histeria a varios síntomas, que *“se desarrollan sin que los enfermos ni el médico lo sepan”* (pág. 181): anestias cutáneas, alteraciones de los sentidos, amaurosis unilaterales, paresias perfectamente definidas y *anorexias*. Como señalan Vanderlinden y Vandereycken (1999), Janet fue probablemente el primero en estudiar de manera sistemática la articulación de experiencias traumáticas y disociación en la etiología de los trastornos en la alimentación. En *El estado mental histérico* Janet (1909) sostiene: *“(En las anestias histéricas) La función está lejos de ser destruida, continúa existiendo y se desarrolla incluso de manera exagerada. Queda suprimida sólo desde un punto de vista muy especial: no se encuentra ya a disposición de la voluntad ni de la conciencia del sujeto”* (pág. 172, aclaración entre paréntesis agregada, resaltado en el original). Inmediatamente aclara: *“Por más sorprendente que sea esto, hemos comprobado los mismos hechos incluso en el estudio de las funciones viscerales. El rechazo de alimentos, los vómitos, las disneas histéricas no son enfermedades del estómago o del pulmón. Constituyen una especie de emancipación de la función cerebral y psicológica relacionada con los órganos: encontramos ya una exagerada independencia de la función, o, más frecuentemente, la desaparición de la conciencia de las necesidades orgánicas y de los actos vinculados con ellas”* (pág. 172, resaltado agregado).

Según Janet, los recuerdos traumáticos disociados pueden encontrarse en la base de los padecimientos a los que llamamos anorexia nerviosa y bulimia. Afirma que la disociación hace que una idea fija específica, o un complejo de ideas y los sentimientos asociados a ellas, escapen al conocimiento y al control del yo. A partir de allí, la idea disociada lleva una existencia independiente en el subconsciente. Esto hace que el paciente anoréxico *“se rehuse deliberada y obstinadamente a ingerir comida durante el día, pero se sienta abrumado por el impulso de darse un atracón y vomitar durante la noche. El concepto subyacente manifestado por el rechazo de la comida y el atracón-vómito puede verse en muchos casos como una *idée fixe* secundaria, pero al seguir analizándolo parece*



*estar relacionado con un recuerdo traumático disociado, una idée fixe primaria*" (como se cita en Vanderlinden y Vandereycken, 1999, pág. 174, resaltado en el original). Si se desean hacer desaparecer los síntomas asociados a la idea fija secundaria, dice Janet, se debe integrar a la conciencia la idea fija primaria.

Janet ejemplifica sus hipótesis recurriendo a lo descubierto por él en el tratamiento de una paciente aquejada de anorexia. Isabella es atendida en el Hospital de la Salpêtrière después de seis semanas de ayuno riguroso que la dejan en un estado físico lamentable. Ante las súplicas, las advertencias o las amenazas, Isabella intenta comer pero escupe inmediatamente lo que ha llevado a su boca y rechaza el resto del alimento dando claras señales de asco. Nunca vomita el alimento suministrado por sonda nasogástrica y lo digiere sin inconvenientes.

Después de que los médicos diagnosticaran una anorexia mental, Janet emprende la tarea de descubrir la *idée fixe* implicada en el trastorno. Al respecto, Isabella argumenta ante Janet (como se cita en Vanderlinden y Vandereycken, 1999): *"Le puedo asegurar que no estoy obsesionada por la idea de no comer, hasta tengo la impresión de que me gustaría hacerlo. Pero cada vez que comienzo a comer siento que me angustio, lo aborrezco y no puedo hacerlo. ¿Por qué? No sé. En todo caso puedo asegurarle que no deseo morir. Hasta temo a la idea. Pero a pesar de todos mis intentos por forzarme a comer, algo dentro de mí no me deja"* (págs. 174-175).

Mientras duerme, en estado sonambúlico, o a través de la escritura automática, Isabella repite siempre el mismo relato: se le aparece la madre muerta acusándola por un error cometido en el pasado y diciéndole que no debe comer porque no merece vivir y porque tiene que unirse a ella en el cielo. La paciente tiene ataques frecuentes con imágenes vívidas de su madre dándole tales órdenes.

Janet piensa que si bien estas alucinaciones generan la restricción alimentaria, no son la única causa del padecimiento de Isabella. La madre que la acusa y la induce al suicidio por inanición es una *idée fixe* secundaria. Debe encontrarse y tratarse, para curarla, la *idée fixe* primaria, que permanece en su

subconsciente. La exploración hipnótica y la observación durante los ataques, le dan la clave a Janet para entenderla: Isabella, que se siente avergonzada y agobiada por remordimientos (ambos estados emocionales están desgajado de sus componentes ideativos), cree que ha matado a su hermana, realmente fallecida poco tiempo atrás (Vanderlinden y Vandereycken, 1999).

Freud trata de explicar el origen de la anorexia en varias oportunidades. En el *manuscrito G* (Freud, 1950a [1887-1902]), por ejemplo, relaciona a la *anorexia nervosa* con la melancolía. Freud dice en su manuscrito: *“La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La famosa anorexia nervosa de las niñas jóvenes me parece (luego de una observación detenida) una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada. La enferma indicaba no haber comido simplemente porque no tenía apetito, nada más que eso. Pérdida de apetito: en lo sexual, pérdida de libido”* (pág. 240, resaltado en el original).

En el historial de *Emmy von N.*, Freud (1895d) hace referencia a otra forma de anorexia —la anorexia en el seno de un trastorno histérico— en los siguientes términos: *“El ejemplo más patente de una abulia de este tipo (que oponen resistencia al anudamiento de asociaciones nuevas, en particular las de índole inconciliable) nos lo ofrece la anorexia de nuestra enferma. Si come apenas es porque no gusta de hacerlo; y no puede obtener gusto alguno del comer porque ese acto está en ella enlazado de antiguo con recuerdos de asco, cuyo monto de afecto no ha experimentado todavía aminoración alguna. Ahora bien, es imposible comer al mismo tiempo con asco y con placer. Y el aminoramiento del asco adherido de antiguo a las comidas no pudo producirse porque ella siempre se vio precisada a sofocarlo en vez de librarse de él mediante una reacción; de niña, por miedo al castigo debía comer con asco la comida fría, y ya adulta, el miramiento por sus hermanos le impedía exteriorizar los afectos a que la sometían las comidas compartidas”* (pág. 108, aclaración entre paréntesis agregada).

Al ocuparse de la anorexia infantil del *Hombre de los lobos*, Freud (1918b [1914]) pone el acento en el rechazo de la sexualidad, tomando la elección

de golosinas –el paciente pasó por una fase en que sólo quería alimentarse con ellas– como una expresión sustitutiva del deseo erótico. Como en otras oportunidades, Freud está aludiendo a la anorexia como una manifestación histérica derivada de la defensa ante un deseo.

En 1914, Morris Simmonds, patólogo de la Universidad de Hamburgo, describe una forma de caquexia debida a la destrucción del lóbulo anterior de la hipófisis (Brusset, 1977; Toro, 1996). Dos años después, señala que la caquexia es una consecuencia del hipopituitarismo. Guiados por el anhelo de encontrar un determinante biológico de la anorexia nerviosa, muchos clínicos confundieron este padecimiento con el síndrome de insuficiencia hipofisiaria descrito por Simmonds. A partir de allí, los pacientes son tratados sistemáticamente con extractos de hipófisis.

Sheehan y Summers, a través de estudios de interrelación clínico-anatomopatológicos, llegaron a distinguir claramente la llamada caquexia de Simmonds de la anorexia nerviosa. Señalan que, si bien la paciente estudiada por Simmonds presentaba una caquexia notable, la pérdida de peso es excepcional en la insuficiencia hipofisiaria y que la amenorrea y la disminución del metabolismo basal son los únicos rasgos clínicos comunes (Toro y Vilardell, 1987). En 1930, Berkman descubre que la disfunción de la hipófisis anterior, que se podía observar en algunos pacientes, era una insuficiencia reversible derivada de la inanición y no la responsable del estado patológico (Andersen, 1990).

Parry-Jones (1991) da los siguientes ejemplos del origen, uso histórico y concurrencia en medicina y en el uso común del término *anorexia* –o sus equivalentes– desde 1398 hasta mediados del siglo XX (pág. 24):

- 1398 *"Rechazo" de la comida o "hastío estomacal... es una indeseada abominación y rechazo de la comida y la bebida, y resentimiento por la virtud de alimentarse y nutrirse" (Glanville, 1535).*
- 1482 *Fastidio, hastío, repugnancia, aversión involuntaria por la comida (Glanville, 1482).*
- 1565 *Fastidio, "repugnancia, aborrecer la observancia o presencia de algo" y específicamente, "fastidio del estómago", "repugnancia del estómago,*



*que no desea ni gusta de ningún tipo de carne" (Cooper).*

- 1591 *Anorexia, "falta de alimento" (James I)*
- 1651 *Anorexia, una enfermedad caracterizada por no tener apetito (Baxter).*
- 1658 *Anorexia, "remilgo del estómago" (Cockeram).*
- 1667 *Anorexy, "falta de apetito" ( Bullokar).*
- 1670 *Anorexy (anorexia), remilgo del estómago, falta de apetito (Blount).*
- 1671 *Anorexy (Griego), "uno de los síntomas del estómago es la falta de apetito" (Phillips).*
- 1743 *Anorexy, "inapetencia, repugnancia por la comida" (Quincy).*
- 1783 *Anorexie, "rechazo por todos los alimentos, causado por un trastorno del estómago" (Dictionnaire de Santé).*
- 1794 *Anorexia, anorexy, "Falta de apetito sin repugnancia por la comida. Los griegos llaman a quienes no toman comida Anorecti y Asiti; pero a aquellos que tienen una aversión por la comida los llaman Apositoí. El Dr. Cullen ... cree que generalmente es sintomático, aunque observa dos clases, estas son, la anorexia humoralis, y la anorexia atónica" (Quincy).*
- 1818 *Anorexy, incapacidad o repugnancia por la comida (Johnson).*
- 1819 *Anorexy/anorexia, pérdida del apetito, repugnancia por la comida. Pocas veces una enfermedad idiopática, "pero concurrente en muchos casos", podría ser causada por varias enfermedades físicas o por una conmoción repentina, "noticias desalentadoras, pasiones depresivas" (Rees).*
- 1831 *Anorexia, "falta de apetito sin rechazo por la comida" (Webster).*
- 1868 *Hysterie aepsia (aepsia histérica), "jóvenes mujeres delgadas al grado máximo con aepsia histérica" (Gull).*
- 1873 *Anorexie hystérique (anorexia histérica), "una de las formas de histeria del centro gástrico", con "supresión del apetito... y la convicción de que toda la comida resultará perjudicial" (Lasègue).*
- 1874 *Anorexia nerviosa (aepsia histérica, anorexia histérica), "una forma peculiar de enfermedad la cual se presenta mayormente en mujeres jóvenes, caracterizada por una delgadez extrema... La falta de apetito... se debe a un estado mental mórbido" y no a un trastorno gástrico (Gull).*



1953 *Anorexia, "falta o pérdida del apetito por la comida, anorexia nerviosa, aversión histérica por la comida" (American Pocket Medical Dictionary).*

## **2.1 Anorexia nerviosa y Bulimia**

Si bien el DSM VI distingue tajantemente a la anorexia nerviosa de la bulimia nerviosa, entre ambos padecimientos parece haber vínculos muy complejos.

Los criterios para el diagnóstico de bulimia nerviosa del DSM-IV son los siguientes (págs. 563-564, negritas en el original, resaltado agregado):

**A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:**

- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias**
- (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)**

**B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.**

**C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.**

**D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.**

***E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.***

***Especificar tipo:***

***Tipo purgativo:*** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

***Tipo no purgativo:*** durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

El DSM-IV indica también que “A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa se les diagnostica ***anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo***, y no debe establecerse el diagnóstico adicional de bulimia nerviosa” (págs. 562-563, resaltado en el original). En el caso en que se presenten dudas, “El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo (por ej., cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es ***anorexia nerviosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o bulimia nerviosa***” (pág. 563).

A pesar de ese intento de deslindar una entidad de la otra, la observación clínica pone en evidencia que en algunos casos se desarrolla una alternancia espontánea o provocada —v. gr., por tratamientos inadecuados— entre la anorexia nerviosa y la bulimia (Nardone, 2003).

Von Weizsacker (como se cita en Brusset, 1977) relata el caso de una paciente que mostraba un proceso circular de cambio. Si mientras padecía un período de anorexia tenía un sueño que la hacía asociar con su madre, se tornaba bulímica. Perduraba en dicho estado hasta que un sueño asociado con el padre y una imagen de felicidad hacían que pasara nuevamente a una fase de anorexia.

En lo que hace a la alternancia entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en segmentos relativamente largos del eje temporal, Striegel-Moore, Schreiber, Pike, Wilfley y Rodin (1995) observaron durante diez años a 75 sujetos, que debieron ser tratados por padecer anorexia nerviosa al inicio de la investigación. Pasado ese tiempo, *la mayoría todavía comía menos de lo normal o tenía bulimia nerviosa*, el 9% de los sujetos de la muestra seguía padeciendo anorexia nerviosa y el 2% los mismos eran obesos.

Desde una perspectiva que atiende a la incidencia de ambos padecimientos a lo largo de la historia, Chinchilla Moreno (1995) considera que el aparente aumento del número de casos de bulimia podría estar directamente relacionado con el estilo de vida y el orden social vigente. Señala que este aumento *“podría sugerir la existencia de un posible continuum histórico desde la anorexia nerviosa a la bulimia nerviosa”* (pág. 77, resaltado en el original). Al referirse a la atención primaria y a la importancia de la detección precoz de las alteraciones de la conducta alimentaria, Chinchilla Moreno sostiene que es frecuente que aparezca en forma alternada la sintomatología típica de la anorexia nerviosa y la bulimia en un mismo paciente o que coexistan en él síntomas mixtos.

Samuel-Lajeunesse (1998), Jefe de Servicio en la Clínica de Enfermedades Mentales y del Encéfalo del Hospital Sainte Anne de París, define a la anorexia nerviosa y la bulimia como conceptos que sólo resultan útiles para el trabajo. Sostiene que ambas formas de enfermar se ven unificadas —más allá del comportamiento alimentario del momento— por un universo de significaciones alimentarias: demasiado o demasiado poco. Según Samuel-Lajeunesse, la anorexia nerviosa y la bulimia están lejos de ser entidades que existan como tales. Dice que cuando se estudia *“este tipo de pacientes, aunque haya alguno que sea restrictivo, si se lo sigue a lo largo de varios años de evolución, es raro hallar un caso que no haya presentado fases bulímicas”* (pág. 131). Acepta que se puedan encontrar casos puramente restrictivos, pero ha observado que si se *“sigue a ese mismo enfermo durante un período de diez, veinte o treinta años, es muy raro que no tenga después una fase bulímica”* (pág. 131).



En *Uso racional de los psicofármacos en Anorexia y Bulimia Nerviosa*, Bertera (1998) sostiene que la forma restrictiva de la anorexia nerviosa puede virar a una forma purgativa o a la bulimia nerviosa, si se utilizan fármacos que inducen el aumento del apetito o del peso corporal, sin que previamente se hayan producido cambios en el temor a engordar o en la autopercepción. El aumento del apetito y/o del peso corporal lleva, en los casos mencionados, a que el paciente reaccione con comportamientos compensatorios anormales, como los vómitos y la ingesta de diuréticos o laxantes.

Según Bertera, los fármacos que inducen el aumento del apetito pueden precipitar también las primeras ingestas compulsivas que llevan hacia una evolución bulímica del trastorno anoréxico restrictivo previo.

Para Selvini Palazzoli (como se cita en Brusset, 1977), la anorexia nerviosa (entendida como forma monosintomática de psicosis centrada en la idea delirante de estar gorda) tiene su origen en un impulso bulímico inconciente. Por ello, desde la óptica de Selvini Palazzoli, la impulsión bulímica es la base del padecimiento al que llamamos anorexia nerviosa.

En *Bulimia: un modelo adictivo*, López (1990) dice que, desarrollar una teoría capaz de abarcar la psicopatología de las adicciones resulta especialmente difícil porque, a pesar de su aparente simplicidad, muchas de ellas se articulan entre sí. Según López, *"la bulimia es una forma encubierta de anorexia"* (pág. 43), mientras que la anorexia nerviosa incluye necesariamente a la bulimia.

Otros autores, como Maldavsky (1988), hablan del *eje* anorexia nerviosa-bulimia. En una línea similar, Zukerfeld (1992) afirma que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y la obesidad son parte de un continuo evolutivo-involutivo que, a lo sumo, puede ser recortado en distintas fases: anorexia nerviosa restrictiva, anorexia nerviosa bulímica, bulimia nerviosa, obesidad compulsiva y obesidad sin atracones.

Según Zukerfeld, la bulimia opera como una bisagra entre la anorexia nerviosa y la obesidad; en la intersección con la anorexia, la purga es con vómitos y en la intersección con la obesidad, la purga es sin vómitos.

Emilce Dio Bleichmar (2004), desde una orientación psicoanalítica que incorpora el enfoque modular-transformacional, sostiene que, a pesar de los esfuerzos por establecer criterios diagnósticos precisos como los que propone el DSM-IV, los síntomas de los sujetos que padecen anorexia nerviosa y bulimia se presentan frecuentemente como un continuo. Bleichmar afirma que, así como quienes padecen anorexia pueden alternar entre períodos restrictivos y bulímicos en diferentes etapas de su evolución, entre los anoréxicos del tipo compulsivo/purgativo se encuentran algunos que se purgan o vomitan después de un atracón y otros que sólo vomitan o se purgan sin atracón. Observa además que: *a. La preocupación por el peso y la fetichización de la delgadez se presentan por igual en la anorexia nerviosa y en la bulimia, y b. La mayoría de los pacientes con esos trastornos en la alimentación exhiben una combinación de comportamientos bulímicos y anoréxicos.*

También Vandereycken, Castro y Vanderlinden (1991) consideran que hay un continuo entre anorexia nerviosa y bulimia. Si bien estos autores son totalmente ajenos al campo del psicoanálisis, sus posturas respecto a la concepción de un continuo entre ambos padecimientos son similares a las de Maldavsky, Zukerfeld y Bleichmar. En *Anorexia y bulimia - La familia en su génesis y tratamiento*, Vandereycken, Castro y Vanderlinden dicen: *"de hecho, los pacientes anoréxicos bulímicos [anoréxicos tipo compulsivo/purgativo] y los bulímicos de peso normal tendrían mucho más en común que los pacientes anoréxicos bulímicos [anoréxicos tipo compulsivo/purgativo] y los anoréxicos restrictivos"* (pág. 11, aclaración entre corchetes agregada).

Luego señalan: *"Por el momento, en la práctica clínica se ha tenido que abandonar la idea de una categorización estricta para muchos de estos pacientes, ya que los trastornos del comportamiento alimentario parecen formar parte de un continuum en el que trazar una línea divisoria es imposible"* (pág. 11, resaltado agregado).

Agregan que un alto porcentaje de pacientes con trastornos en la alimentación *"cambian con el tiempo de una forma considerable, mereciendo la aplicación de diferentes diagnósticos según el momento en el que se realice la*

**evaluación. El clínico debe considerar estos trastornos en forma dinámica y estar dispuesto a modificar el diagnóstico y el abordaje terapéutico cuando la sintomatología así lo exija** (pág. 11, resaltado agregado).

Hilde Bruch, en *Los ojos y el vientre* (como se cita en Igoín, 1979), considera a los conjuntos compuestos por las tríadas anorexia-delgadez-hiperactividad y polifagia-obesidad-pasividad como dos componentes de un mismo trastorno de la *"conciencia de sí"* (pág. 15).

Parral, Cena, Contreras, Bonsignore y Schust (1996) afirman que la anorexia nerviosa suele dejar *estigmas* en las mujeres *recuperadas*. Las crisis, afirman, pueden precipitar la repetición del *cuadro*, aunque por lo general éste adquiere una forma más leve y con una recuperación más rápida. Parral, Cena, Contreras, Bonsignore y Schust señalan que también puede ocurrir que la anorexia *"se cronifique o se interconvierta en Bulimia o que aparezca un apetito voraz"*, que lleve a las pacientes *"a la obesidad"* (pág. 82).

## **2.2 Perspectiva histórica de la bulimia**

El término *bulimia* posee una larga historia. Deriva de los vocablos griegos *bous* y *limos*, que significan respectivamente buey y hambre, denotando tal severidad en el estado patológico del apetito, que haría posible a un hombre el comer tanto como un buey.

Hipócrates, en el siglo IV a. C. diferencia un hambre enfermizo, al que llama *"boulimos"*, del hambre ordinario.

Desde el medievo se utiliza, en los escritos médicos, una amplia gama de variantes para denominar a la bulimia. En el latín medieval predominan *bulimus* y *bolismus*, mientras que en el francés de esa época se emplea la palabra *bolisme*. Posteriormente se encuentran referencias al padecimiento bajo la denominación de *bulimy*, *boulimos*, *hambre boyuna*, *boulomeé* y *boulimie* (Parry-Jones, 1991).

En el siglo XIII, Bartholomeus de Glanville (como se cita en Parry-Jones y Parry-Jones, 1991) recomienda administrar a los bulímicos *"carne grasosa a*



*las cuales se les ha agregado grasa*" (pág. 137), para producir náuseas y abominación a la comida.

El *Oxford English Dictionary* (como se cita en Parry-Jones y Parry-Jones, 1991) incorpora una entrada sobre la bulimia, donde se menciona una traducción inglesa –realizada por John Trevisa (1326-1412)– de la obra de Glanville. Dicha obra –*De Proprietatibus Rerum*– es llamada en su momento la enciclopedia de la Edad Media. En la traducción de Trevisa *el apetito bulímico no mitigado* se describe de la siguiente manera: *"Un hombre tiene un apetito constante, y éste es mayor a lo común, y a pesar de su gran consumo el cuerpo no se recupera sino que se vuelve suave y enflaquecido"* (pág. 136). Como destacan Brenda Parry-Jones y William Parry-Jones (1991), la pérdida de peso caracterizaba a la bulimia en los siglos XIII, XIV y XV, aunque en aquel momento no se hacía alusión a los vómitos.

Fuera de los textos de medicina, encontramos una alusión a la bulimia (*boulime*) –junto con la anorexia, el apetito canino, la bradipepsia y la pica– en la épica de Du Bartas (1544-90). Guillaume de Salluste du Bartas, un calvinista devoto que muere heroicamente en las guerras francesas de religión, describe en su obra a las tres furias que atacan al hombre después que éste ha caído en estado pecaminoso: la hambruna, la guerra y la enfermedad. Al hablar de los regimientos de la enfermedad, dice (como se cita en Parry-Jones, 1991, pág. 22, aclaración entre paréntesis en el original):

*"Por momentos la Bulimia, luego la Anorexia,*

*Luego el apetito canino o la Bradipepsia,*

*Y la gran Pica (de dieta prodigiosa)*

*En los estómagos más fuertes rugen con monstruoso alboroto"*

Parry-Jones (1991) supone que los términos bulimia (*boulime*), anorexia (*anorexie*), apetito canino (*dog-hunger*), bradipepsia (*bradypepsie*) y pica, utilizados por Joshua Sylvester al traducir a Du Bartas al inglés, eran comprensibles para los lectores franceses e ingleses de fines del siglo XVI y



principios del siglo XVII. También infiere que, en esta época, tales anomalías del apetito se producían con la suficiente frecuencia como para que los contemporáneos ajenos al ámbito de la medicina fueran capaces de reconocerlas y estuviesen familiarizados con su sintomatología.

En 1616 se publica en Granada la obra del médico extremeño Juan Sorapán de Rieros. A principios del siglo XVII, tratando de marcar las diferencias entre el hambre canina, el *bulimus* y la pica, Sorapán de Rieros (como se cita en Toro, 1996) explica: “... una se dice hambre canina, porque en este mal siempre desea el enfermo estar comiendo y vomitando como perro. La segunda diferencia llaman los griegos *bulimus* que es en castellano lo propio que gran hambre, mas en esta diferencia de hambre no vomitan los enfermos, pero desmáyanse mucho, como dice Galeno, y en esto diferencia esta hambre de la canina, y en que la hambre canina es universal a estas dos especies de hambres, y estotra que decimos *bulimos* es más particular como enseña Galeno. La tercera especie de hambre, que no es natural, se dice en griego *malakías* y en latín *pica*, llamada así, según algunos dicen, por la ave que en castellano decimos urraca. En este género de hambre no sólo se apetece mucha comida, pero apetécese mala y contraria; suele afligir a las preñadas esta afección y hay algunas que si no cumplen luego su antojo lanzan de sí la criatura” (págs. 48-49)

Cullen (como se cita en Parry-Jones y Parry-Jones, 1991) divide en 1818 a la bulimia idiopática en tres grupos: *Bulimia helluonum*, sin enfermedad estomacal y con un apetito mayor que el usual —la bulimia de Glanville quedaría entonces como un subtipo en la clasificación de Cullen—, *Bulimia syncopalis*, con deseo frecuente por la comida y un hambre extremo que amenaza provocar un síncope, y *Bulimia emética*, con deseos de grandes cantidades de comida, a la cual se la vomita inmediatamente (pág. 136).

Parry-Jones (1991) da los siguientes ejemplos cronológicos acerca del uso de términos hasta cierto punto equivalentes a *bulimia* tal como lo entendemos en el presente (pág. 23):

*Pre-1379 Bolismus, “bolismus continuo y apetito inmoderado” (Hunterian*

Museum MS U.i.13).

- 1398 *Bolisme*, "los sabuesos tienen una *Bolisme* continua, es decir un apetito inmoderado" (Glanville, 1535).
- 1483 *Bulimia*, o gran apetito, conforme a los Griegos (Festus).
- 1508 *Bolismus* o *fames vaccina* (hambre vacuna), literalmente, "hambre de vaca", más usualmente considerado como *bovine hunger* (hambre boyuna) (Champier).
- 1583 *Bouiana famēs*, "Lo mismo que *Bublimia* el diablo hambriento" (Morelius).
- 1591 *Boulime* (*Bulimia*) (James I).
- 1611 *Bulimia*, "hambre en exceso" o gran apetito (Florio).
- 1651 *Boulimos*, aquellos que padecen esta enfermedad "tienen apetito, pero ausencia de digestión" (Baxter).
- 1658 *Boulime*, "Una enfermedad hambrienta en un estómago frío" (Cockeram).
- 1667 *Bulimy*, "Un apetito extraordinario, o hambre continua... o apetito canino" (Bullokar).
- 1670 *Bulimy*, *boulimy*, *bulimia*, "apetito insaciable, hambre extrema" (Blount).
- 1671 *Bulimy*, (Griego) apetito insaciable (Phillips).
- 1677 *Bulimy/boulimy*, apetito canino (Coles).
- 1701 *Bulimia/fames magna* o *bovina* (gran apetito o apetito boyuno) *cinosis*, apetito canino. Causa vómitos y síncope. Puede ser provocado por parásitos que absorben todos los nutrientes (Blancard).
- 1702 *Bulimia*, "un apetito extraordinario, a menudo acompañado por decaimiento del ánimo" (Blancard).
- 1743 *Bulimy*, "apetito voraz, el mismo expresado por el *Apetito Canino*" (Quincy).
- 1780 *Boulomeé*, "... la muerte repentina de Hemmeline (es decir Hans Memling, el pintor Flamenco del siglo XV) quien por mucho tiempo había sufrido una *boulomeé* o apetito voraz, que le hacía devorar lo

*que le presentaran con una precipitación increíble. Encontró su destino sobre una cumbre, pronto se redujo a un mero esqueleto, y poco después... murió" (Beckwith).*

- 1783 *Boulimie, un apetito excesivo frecuentemente acompañado por debilidad y cansancio, difiriendo del apetito canino en que este último es seguido por vómitos (Dictionnaire de Santé).*
- 1794 *Bulimia, bulimy (boulimus), "un apetito voraz, o más bien cuando la misma tendencia a comer existe al igual que en el apetito canino, sin vigor; y, luego de que el paciente come desfallece" (Quincy).*
- 1818 *Bulimy, "(del antiguo francés boulimie, del griego buey y apetito). Un apetito enorme, junto a debilidad y temperatura fría en las extremidades" (Johnson).*
- 1819 *Bulimia, también conocida como apetito de lobo. El síntoma se presenta cuando los alimentos no son retenidos el tiempo suficiente en el estómago como para ser digeridos... "es posible considerarlo como un concomitante de otros trastornos, más que como una afección distintiva y específica" (Rees).*
- 1831 *Bulimy, "(del griego gran y hambre). Un apetito voraz, una enfermedad en la cual el paciente tiene un perpetuo e insaciable deseo por la comida y a menudo se debilita si no se lo complace. Aparece junto a otros síntomas, por ejemplo acidez, vómitos o convulsiones" (Webster).*
- 1897 *"La bulimia es una intensificación de la necesidad de nutrientes, y alcanza un punto increíblemente mórbido en ciertas fases de enfermedades mentales" (Kellogg).*
- 1901 *Bulimy/bulimia, apetito mórbido; (figurativamente) voracidad (Davidson).*
- 1936 *Bulimea (Griego) un insaciable apetito mórbido (Gordon).*
- 1961 *Bulimy, "Un apetito mórbido, principalmente presentándose en idiotas y maníacos... el llamado apetito canino" (Oxford English Dictionary).*
- 1979 *Bulimia nerviosa (Russell).*

A diferencia de lo que ocurre con quienes padecieron anorexia nerviosa en siglos anteriores, los registros de casos históricos de bulimia son muy escasos.



De todos modos, contamos con los informes detallados de los casos de Matthew Daking, Samuel Johnson y Anne Denise.

## 2.3 Matthew Daking

Una carta del doctor J. Cookson al señor Latouche, de Little Chelsea —fecha el 24 de abril de 1745—, hace referencia a un niño afectado de *“una Bulimia extraordinaria, o apetito voraz”* (Martín, 1745, pág. 380). Dicha carta hizo que John Martín escribiera un comunicado a la Sociedad Real. En el comunicado se incluye la carta del doctor Cookson:

*“Señor,*

*Yo fui encomendado, por su amigo el Sr. Arnet, a transmitir lo que pude recolectar sobre el niño que se encuentra en Barnsley (a seis millas de Wakefield); por favor acepte lo siguiente, con el anexado informe sobre su Comida y Bebida, realizado por un amigo mío, durante seis días sucesivos.*

*Matthew Daking, un niño saludable y vivaz, de alrededor de diez años, sufrió, hace aproximadamente quince meses, una fiebre muy fuerte, la cual continuó por una quincena. Al comienzo tenía frecuentes provocaciones al vómito, lo cual llevó a su boticario a darle Ipecacuanha. La fiebre alta continuó, él le dio más. Parecía obrar bien, pero todavía no podía arreglar su estómago. De todos modos, la fiebre gradualmente desapareció, pero los vómitos aumentaron, a pesar de que se utilizaron otros métodos.*

*Luego comenzó a tener un apetito voraz; para satisfacerlo debía permitírsele comer y beber en cantidad, pero siempre vomitaba la mayoría de lo que había ingerido casi inmediatamente. Su apetito siguió creciendo, por lo cual, en una pocas semanas su ingesta, llegó al límite que aquí podrá observar.*

*Así él ha continuado por más de un año. Su orina y defecación no exceden lo común en una persona saludable; ya que vomita la mayoría de lo que come.*

*Ha probado mercurio crudo, y todo tipo de medicinas, y aguas minerales. Actualmente luce bastante bien de semblante, y está alegre; pero ha perdido el*

*uso de sus piernas y muslos, los cuales están bastante delgados. A veces está tan hambriento, que dice que podría comerlos a todos. A menudo desea estar en la Cocina del Rey.*

*Un cerdo fue alimentado con lo que él había vomitado, y fue vendido en el mercado. Pero las personas del pueblo, al conocer la historia, prohibieron que se alimentase alguno más” (págs. 380-381).*

A los pocos meses de ser enviada la carta, el niño murió en un estado de sorprendente emaciación.

## **2.4 Samuel Johnson**

También el lexicógrafo inglés Samuel Johnson mostró signos de apetito excesivo a temprana edad. El doctor Johnson sufrió desde pequeño temor a la locura, pensamientos suicidas y se entregó a un alcoholismo descontrolado en la madurez. Comenzó a padecer bulimia a los nueve años. Para Brenda Parry-Jones y William Parry-Jones (1993) cabría, en este caso, el diagnóstico retrospectivo de *Bulimia helluonum*, tal como la define Cullen (una forma golosa, sin trastorno estomacal ni vómitos evidentes, pero con un regular y anormalmente fuerte deseo por la comida) (pág. 395).

Los modales de Johnson en la mesa eran rudos e ingería rápidamente la comida, lo que le daba la apariencia de “glotón” (pág. 395). La irritabilidad y los ataques de furia eran permanentes, acompañándose por lo común de conductas tales como comerse las uñas hasta la carne, raspase los nudillos con un cortaplumas hasta que quedaban despellejados y golpearse y frotarse continuamente las piernas. Su patrón alimentario mostraba una alternancia de consumo descontrolado de alimentos con posteriores períodos de abstinencia o ingestas reducidas. Por lo general, Johnson racionalizaba su restricción alimentaria alegando motivos religiosos, aunque también podía excusarse ante sí mismo argumentando acerca de los peligros que corría su salud cuando no ayunaba.

Brenda Parry-Jones y William Parry-Jones señalan que la relación de Johnson *"con sus padres fue desgraciada, con frecuentes ausencias paternas, y una crianza moralista de parte de su anciana madre que llenó al joven niño de temores al pecado y a la retribución divina frente a sus errores. Era un poco celoso de un hermano menor, y tenía pocas relaciones con sus pares, tanto del colegio como de la universidad, donde el intelecto superior de Johnson, sus peculiaridades físicas, su pobre condición económica y su apariencia desgredada lo distanciaban de los contemporáneos"* (pág. 399).

## **2.5 Anne Denise**

Anne Denise padeció una bulimia tan severa que en el Medical Gazette de 1833 su historia fue incluida como un *"Extraordinario Caso de Bulimia Congénita"* y el British Medical Journal de 1864 (Anonymous) comienza los comentarios acerca de la joven hablando de *"El caso más destacado de bulimia en los últimos años"*.

Desde su infancia, Anne Denise fue experimentando las *"desgracias que habían ejercido mucha influencia en su salud futura"* (Analecta, como se cita en Parry-Jones y Parry-Jones, 1993, pág. 395). Después de tratar de violarla, el padre la abandonó en un bosque. En el tiempo comprendido entre el intento de violación y el abandono, la niña tuvo los primeros ataques de epilepsia. Librada a su suerte, Anne Denise deambuló de ciudad en ciudad comiendo raíces, frutas y pan. Durante este período se resistía a ingerir carne. Al llegar a París, vivió de lo que mendigaba, de lo que encontraba en la basura y de la prostitución. Tanto a causa de su voracidad como debido a sus ataques de epilepsia, siempre le resultó sumamente difícil mantener un empleo. En 1823 fue sometida a un tratamiento para librarla de parásitos; desde allí su apetito disminuyó mucho, pero se volvió adicta al alcohol. Antes de morir dejó de sentir rechazo por la carne, tendiendo, más bien, a atiborrarse de dicho alimento. Un *"vicio por la comida"* la llevaba a devorar las sobras crudas de los mataderos, incluidos los ojos de los animales muertos (Medical Gazette, 1833, pág. 573).



Bajo el título *"Medical News: Bulimia"*, el Journal de 1864 dice: *"Ella estaba afligida con bulimia desde su infancia, y siendo aún una niña solía devorar tanto como diez libras de pan al día. Aunque no estaba en circunstancias indigentes, ella fue arrestada dos veces por robar pan para satisfacer su apetito. Ella fue finalmente admitida en la Salpêtrière, y puesta bajo el tratamiento de Esquirol, pero en vano; ya que ella dejó la Salpêtrière tan voraz como siempre. Su apetito varió en intensidad. En tiempos normales, ella podía arreglarse con doce libras de pan por día; pero por tres o cuatro meses al año ella comería de veinte a veinticuatro libras; y por diez días consecutivos su apetito se agravó grandemente en primavera. En una ocasión, cuando ella había pensado pasar el Viernes Santo como un día de ayuno, ella comió más de treinta libras de comida en veinticuatro horas. Al avanzar su edad, su apetito se tornó depravado; y ella le tomó cariño al pasto y las flores, a los ranúnculos especialmente, los cuales ella juntaría y comería en inmensa cantidad"* (pág. 565).

Anne Denise murió a los cuarenta y dos años, envenenada por la ingestión de ranúnculos.

## Capítulo 3

### Manifestaciones clínicas

Atendiendo a las manifestaciones clínicas, el DSM-IV propone los siguientes criterios para el diagnóstico de anorexia nerviosa (págs. 558-559):

- A. *Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).*
- B. *Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.*
- C. *Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.*
- D. *En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.)*

*Especificar el tipo:*

**Tipo restrictivo:** *durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)*

**Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)

### **3.1 Restricción alimentaria**

Como señalan Toro y Vilardell (1987), *"el inicio de una dieta restrictiva suele ser la obertura pública, manifiesta, del drama que se avecina"* a quien padece anorexia nerviosa (pág. 31, resaltado en el original). Alegando asco, dolores abdominales o simplemente falta de apetito, las anoréxicas se embarcan en una restricción alimentaria *"metódica, resuelta y seguida con energía"* (Brusset, 1997, pág. 129). A medida que avanza el estado patológico, estas jóvenes suelen suprimir los hidratos de carbono, las grasas y una parte sustancial de la dieta proteica. Con el paso del tiempo van fundiéndose progresivamente las diferencias y los gustos de las distintas pacientes, dando lugar a un cuadro típico que suele incluir una dieta diaria compuesta por té, uno o dos yoghurts, una manzana y algunas verduras. En casos extremos, las mujeres que padecen anorexia nerviosa pueden suprimir, incluso, la dieta líquida (con el consiguiente riesgo de deshidratación).

Si bien se suele creer que la restricción alimentaria de quienes padecen anorexia nerviosa tiene el propósito exclusivo de perder peso, la frecuente negativa a comer carne parece indicar que hay algún otro factor en juego, que hasta ahora no se ha tenido en cuenta. Bhadrinath (1990), por ejemplo, al informar sobre tres casos de anorexia en adolescentes de origen asiático que cumplen con los criterios de diagnóstico del DSM-III-R para la anorexia nerviosa, hace referencia a una joven de origen paquistaní, que se hizo vegetariana desde los 8 años de edad porque sintió que el comer carne era una crueldad. Lee (1991), al estudiar a dieciséis pacientes anoréxicas residentes en Hong Kong, encontró que, a pesar de no estar comprometidas con los principios ideológicos del vegetarianismo de Occidente, todas presentaban abstinencia de grasas y carnes.



Uno de los pocos puntos en el que prácticamente todos los autores están de acuerdo, al hablar de anorexia nerviosa, está ligado a la observación de que –por lo menos al comienzo del padecimiento– la restricción alimentaria es voluntaria. Brusset (1997) pone el acento en que la sensación de hambre, junto con la tensión que genera, es a veces buscada con tenacidad por la paciente. Por ello, dice Brusset, *“la lucha contra el hambre parece ser una fuente de satisfacción muy intensa”* (pág. 129). Esta llamativa forma de obtener satisfacción explicaría por qué, según Brusset, *“las derrotas en forma de raptos bulímicos son consideradas como vergonzosas, inconfesables y angustiantes”* (pág. 129).<sup>1</sup>

### 3.2 Temor a engordar

El *“miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal”* es el segundo criterio para el diagnóstico de la anorexia nerviosa del DSM-IV (pág. 558). En algunas anoréxicas se detecta, además, un *“afán desmesurado de una corporalidad pura y perfecta (...) un afán apolíneo y ascético”* (López-Ibor y López-Ibor Aliño, como se citan en Chinchilla Moreno, 1995, pág. 40). Otras, generalmente pertenecientes al tipo compulsivo/purgativo, suelen aducir que, si engordan, nadie va a enamorarse de ellas ni a valorarlas. Un tercer grupo está formado por aquéllas que alegan sentirse amadas y valoradas y no muestran indicios de sostener ideales ascéticos, pero dicen odiar la forma que adquieren sus muslos –y/o alguna otra parte del cuerpo– si suben de peso.

De cualquier modo, si bien es cierto que un número elevado de jóvenes que padecen anorexia nerviosa en nuestros días –y en occidente– manifiestan un profundo temor a la gordura, también es posible encontrar algunas que, aunque presentan todas las otras características típicas de la anorexia nerviosa, no exhiben este temor a la obesidad.

---

<sup>1</sup> Con el avance de la enfermedad puede llegar a reducirse realmente el apetito y la sensación de hambre. En los casos graves y de larga data se observa también una disminución de la sensación de sed.

Dicha diferencia ha llevado a muchos autores a tomar partido en una discusión que parece no tener fin. De un lado se encuentran los que, aceptando los criterios diagnósticos del DSM-IV, sólo diagnostican anorexia nerviosa cuando se observa miedo a ganar peso. Del otro, los que sostienen que el temor a engordar es una manifestación clínica ligada a la cultura y que no puede, por ende, resultar decisiva para el diagnóstico. Los que adhieren a esta segunda postura alegan, además, que siguiendo este criterio diagnóstico, tanto las jóvenes anoréxicas del pasado (incluyendo las de la primera mitad del siglo XX) como las del presente que no viven en occidente deberían recibir el arbitrario diagnóstico residual de: *Trastorno de la conducta alimentaria no especificado*.

El DSM-IV propone los siguientes criterios diagnósticos para *Trastorno de la conducta alimentaria no especificado* (pág. 564):

*"La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:*

- 1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.*
- 2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.*
- 3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.*
- 4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).*
- 5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.*

6. *Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa*”.

A pesar de formar parte del grupo de los que sólo diagnostican anorexia nerviosa cuando se observa miedo a ganar peso, Josep Toro (1996) reconoce que, si bien las 9 pacientes que recibieron el diagnóstico de anorexia en el Instituto de Salud Mental de la Universidad Médica de Pekín en un período de 6 años (desde 1982 hasta 1988) mostraban un “cierto” deseo premórbido de adelgazar, ocho de las nueve: *“no justificaban su rechazo del alimento ni por falta de apetito ni por fobia a la gordura”* (pág. 99).

Toro también señala que:

1. En Hong Kong, de 70 casos de anorexia registrados entre 1980 y 1990, menos de la mitad presentaban los rasgos estipulados por el DSM-IV para diagnosticar Anorexia Nerviosa: *“El 59% de estos pacientes no demostraba miedo a engordar, ni fobia al peso, ni deseo de adelgazar. En su lugar, se quejaban de plenitud epigástrica (31%), pérdida de apetito/hambre (16%), o simplemente comían menos (13%)”* (pág. 100).
2. De 7 pacientes estudiadas sistemáticamente por Ong y Tsoi en Singapur, el miedo a engordar fue notorio en 3, ligero en 2 e inexistente en 2.
3. En Malasia, de quince casos de anorexia nerviosa –trece mujeres eran chinas, una malaya y la última hindú– el miedo a engordar estaba ausente en seis.
4. Algo muy parecido sucede en Japón, donde 2 estudios distintos arrojaron los siguientes resultados: a. De 16 casos de anorexia nerviosa detectados por Mizushima y Ishii, sólo cuatro mostraban un anhelo de *“delgadez ideal”*. b. De 1.011 pacientes estudiados por Suematsu, el 26,6% no experimentaba fobia a la gordura.

Lee (1993), partiendo de su experiencia en el Departamento de Psiquiatría del Prince of Wales Hospital, sostiene que, una parte de quienes padecen anorexia nerviosa en Hong Kong carece de miedo a engordar y no



presenta alteraciones de la imagen corporal. *"En esos casos", dice Lee, "la renuncia a alimentarse debidamente parece basarse en una aparente pérdida de apetito, en la repugnancia que inspiran los alimentos o en molestias gástricas y digestivas"* (pág. 449).

Al analizar estos datos, Toro —que también conoce el informe de Lee— concluye: *"La mayor parte de los estudios sobre trastornos del comportamiento alimentario llevados a cabo en países asiáticos ponen de relieve la relativa ausencia del miedo a engordar en sus pacientes anoréxicos. Son otras las características que en tales lugares justificarían subjetivamente una ingestión alimentaria restrictiva"* (pág. 110).

Antes de tomar una posición definitiva con respecto al tema, Toro propone tres alternativas para explicar la falta de miedo a engordar en los pacientes asiáticos:

1. *"La primera es que los pacientes que reúnan los requisitos diagnósticos de anorexia nerviosa, excepción hecha del miedo a engordar, constituyan otros tantos casos de anorexia nerviosa atípica, o de trastorno alimentario no especificado, o de anorexia subclínica. Se trataría de un subtipo o de una variante del tipo paradigmático. El argumento resulta plausible, pero, como han señalado Hsu y Lee (1993), conforma la explicación más etnocéntrica, puesto que otorga carácter de universalidad a la explicación occidental del trastorno"* (pág. 130, resaltado agregado).
2. *"Otra explicación es que la fobia al peso haya sido desestimada por el médico u ocultada por el paciente. La tendencia de los anoréxicos a ocultar su sintomatología, a negarla, es bien sabida, y si el médico no es conocedor del temor a engordar como ingrediente del trastorno, bien puede no investigarlo. Sin embargo, esto no es aplicable a los datos precedentes de la India y Hong Kong, puesto que los especialistas implicados pretendían explícitamente estudiar y explorar sus pacientes desde los criterios occidentales, es decir,*

aceptando la «necesaria» presencia de la fobia al aumento de peso" (pág. 130).

3. La tercera posibilidad plausible —junto con la explicación etnocéntrica y la falta de perspicacia de los profesionales— es que: *"siendo la anorexia un trastorno susceptible de haberse producido siempre, sus contenidos o manifestaciones sintomáticas vayan evolucionando parcialmente a lo largo de la historia. El miedo a engordar sería un componente actual, propio de nuestro momento sociohistórico. En otras circunstancias, tal miedo no constituiría un ingrediente esencial del cuadro ni, por supuesto, una causa o factor de mantenimiento del mismo. Así pues, si en la cultura china existe anorexia nerviosa sin precisar de miedo al aumento de peso, es que la inanición puede estar promovida por otras causas, otras motivaciones. Ciertamente, en ausencia del argumento o factor estético, religioso, espiritualista o económico-social, no podemos saber cuál es la causa primaria de la anorexia padecida por las mujeres chinas y las de otras culturas que no manifiestan ningún miedo a aumentar de peso ni, al parecer, alteraciones de la imagen corporal"* (págs. 130-131).

Pero Toro toma partido diciendo: *"Los criterios diagnósticos de anorexia nerviosa hoy vigentes sólo parecen ser válidos para la inmensa mayoría de los trastornos por autoinanición contemporáneos. Solo ellos, pues, debieran ser diagnosticados con rigor evaluando las alteraciones y sobrevaloraciones de la imagen corporal y el miedo a engordar. Con los criterios diagnósticos actuales, los trastornos por autoinanición de otras épocas, junto con gran parte de los pocos que sobrevienen en países no occidentales y una minoría de los que aparecen en los occidentales, debieran clasificarse como «trastornos del comportamiento alimentario no especificado»"* (pág. 324, resaltado agregado).

Para el psicoanálisis, en cambio, el temor a engordar, que justifica la restricción alimentaria de quienes padecen anorexia nerviosa, posee el estatuto de una mera racionalización (Freud, 1909d, 1910h, 1911c, 1913c, 1914d, 1915e, 1916-17 [1915-17], 1924c). Por ello, carece de importancia el contenido ideacional específico; mientras un paciente alegará miedo a engordar, otro aducirá plenitud

epigástrica, un tercero dirá que ha perdido el apetito y un cuarto que pretende doblegar las demandas del cuerpo.

Al definir el concepto de racionalización, Tallaferro (1974) hace hincapié en un aspecto del mismo que resulta esclarecedor cuando se aborda el tema del temor a engordar en el campo de los trastornos en la alimentación. Tallaferro afirma que cuando el sujeto se esfuerza por explicar un acto cuya verdadera motivación desconoce, apela a justificaciones que concuerden con el medio ambiente en el que está inmerso. Desde allí lo que hace le parece racional. Por ello, en la década del cincuenta, cuando las mujeres muy delgadas no eran tan bien vistas como ahora, una mujer anoréxica, paciente de Rolla (1956), racionalizaba su aislamiento social —una de las manifestaciones clínicas del severo encapsulamiento que padecía— alegando temor a las burlas por su delgadez.

Así, los valores imperantes en un gran sector de la población china hacen comprensible el contenido ideacional de las justificaciones del 59% de quienes padecen anorexia en Hong Kong (que no muestran miedo a engordar, fobia al peso ni deseo de adelgazar). Lee (1991) nos informa al respecto: *“La preocupación china por la comida y la dieta puede rastrearse históricamente hasta al menos 2000 años atrás y continúa sobreviviendo entre los chinos modernos de la actualidad. A diferencia del moderno énfasis occidental en la dieta y el estar en forma, existe un antiguo proverbio chino que dice «la comida es el cielo», y la creencia confuciana de que «comer y el sexo son parte de la naturaleza humana». Como resultado, la cultura china ha desarrollado su arte culinario a un nivel de complejidad y sofisticación muy alto. La comida está relacionada con una variedad de significados sociales y ha sido utilizada para tratar y prevenir síntomas específicos”* (pág. 703).

A continuación, al comparar lo que sucede en la cultura occidental —en la que la delgadez se transforma en un requisito importante para la belleza femenina— y en la cultura china ligada a los preceptos confucianos, Lee dice: *“entre las mujeres chinas la apariencia física es menos importante que el éxito en el desenvolvimiento del rol social para el desarrollo de la autoestima y la felicidad.*



*En oposición, la obesidad puede ser admirada como signo de riqueza, éxito y características sexuales secundarias en países no occidentales. Los dioses chinos de la suerte y la riqueza, por ejemplo, casi siempre son descriptos como gordos, y saludar a un chino con «has engordado recientemente» se considera un cumplido» (págs. 703-704). En este marco cultural, agrega Lee, “es poco probable que amigos y parientes de las pacientes chinas con Anorexia Nerviosa alaben sus formas anoréxicas y el control de la dieta como en Occidente. En realidad hay un estigma sobre la delgadez, el cual está asociado con mala salud y mala suerte” (pág. 704).<sup>2</sup>*

Inmersos en este ambiente, quienes padecen anorexia en China intentan explicar y explicarse la restricción alimentaria alegando plenitud epigástrica o pérdida de apetito. Naturalmente, a pocos les debe parecer racional pretender estar delgados.

### **3.3 Distorsión de la imagen corporal**

La alteración de la percepción del peso o la silueta corporales es el tercer criterio para el diagnóstico de anorexia nerviosa del DSM-IV (pág. 559). Según Toro y Vilardell (1987), la existencia o la ausencia de una alteración de la imagen corporal es uno de los fenómenos cognitivos más importantes a tener en cuenta cuando se intenta determinar si alguien padece anorexia nerviosa o una formación clínica similar, pero de otro orden.

Toro y Vilardell (1987) dicen que la joven que padece anorexia nerviosa, a pesar de estar *“extremadamente delgada, cuando no caquéctica, niega su extrema delgadez, parece sobrevalorar sus dimensiones, y no reacciona ante ellas del modo que sería normal dentro de la anorexia. Su negación de enfermedad parece, a veces, guardar estrecha relación con esta tendencia a negar —o no «ver»— su delgadez”* (pág. 22).

---

<sup>2</sup> Estas costumbres parecen haber cambiado hasta cierto punto en China en los últimos años. Lee (1993) ha observado que la frase “Has aumentado de peso”, que solía tomarse por un cumplido entre las antiguas generaciones de chinos, puede resultar desagradable a las jóvenes chinas de hoy.

Estos autores afirman, también, que la observación clínica permite distinguir por lo menos dos tipos de anomalías, relacionadas con la apreciación del tamaño y dimensiones del propio cuerpo en la anorexia nerviosa. En unos casos hay *"auténticas distorsiones perceptivas"* (pág. 23, resaltado en el original), que permiten comprobar errores significativos en la percepción de ciertas características corporales. En otros, en cambio, *"se producen evaluaciones distorsionadas"* (pág. 23, resaltado en el original) que, a partir de una percepción más o menos objetiva, dan lugar a reacciones de ansiedad o contribuyen a mitigarlas. Toro y Vilardell sostienen que, estas distorsiones no afectan necesariamente a todo el cuerpo, siendo frecuente *"que se limiten a zonas concretas, especialmente muslos, abdomen, caderas y nalgas, precisamente unas áreas corporales de dimensiones claramente diferenciadas entre los sexos, tendiendo a ser más voluminosas y redondeadas en el femenino"* (pág. 23).

Ahora bien, pese a que muchos autores hablan asiduamente de la alteración o la distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, prácticamente nunca definen con precisión el concepto (Yaryura Tobías, 2003).

En el capítulo VII de *El Cuerpo como Delito*, Toro (1996) da algunos indicios sobre su modo de entender una constelación psíquica tan compleja como es la de distorsión de la imagen corporal.<sup>3</sup> Aludiendo a un estudio realizado por Humphries y Gruber sobre determinadas variables de un grupo de majorettes de una universidad americana, comenta: *"En su mayor parte consumían dietas deficitarias en proteínas, hierro, calcio y potasio. Todas ellas se creían con sobrepeso y experimentaban algún grado de distorsión de su imagen corporal, imaginando que ciertas partes de su cuerpo eran excesivas cuando todas sus dimensiones resultaron ser inferiores al promedio propio de su edad y sexo"* (pág. 225). Desde el punto de vista de Toro, de la comparación de las dimensiones de ciertas partes del cuerpo de cada sujeto con el promedio de esas dimensiones para su edad y sexo, se obtiene un resultado que, de no coincidir con el modo en

---

<sup>3</sup> Toro nunca define en sentido estricto a la distorsión de la imagen corporal. Su interés se centra fundamentalmente en establecer criterios para identificarla, hecho que —desde un punto de vista metodológico— no debe ser confundido con el de formular una definición. Tener criterios para identificar



que dicho sujeto evalúa lo adecuado —ó lo inadecuado— de esa zona del cuerpo, da la medida de la distorsión de la imagen corporal.

Siguiendo la misma lógica, al referirse a la primera descripción médica conocida de un caso de anorexia nerviosa, Toro (1996) reconoce que data de 1689. Incluso acepta que la hija de Mr. Duke: *"Ciertamente presentaba los síntomas propios de «nuestra» anorexia nerviosa: adelgazamiento, amenorrea, dedicación obsesiva al estudio, aparente pérdida del apetito"* (pág. 28). De cualquier modo, adhiere a la opinión de Vandereycken y Van Deth diciendo que esos autores: *"parecen dudar de que las patologías o problemas alimentarios documentados en la historia del mundo occidental, y que han sido etiquetados de anorexia nerviosa, realmente cumplan con los criterios diagnósticos de esta enfermedad. Señalan que las formas peculiares de comer, las obsesiones alimentarias, el comer a hurtadillas o el almacenar alimentos, la constipación intestinal, la amenorrea y la disminución de las horas de sueño, la hiperactividad y la disminución del impulso sexual, manifestaciones todas ellas que se encuentran en las descripciones históricas de los supuestos casos de anorexia nerviosa, son, en realidad, epifenómenos de la mal nutrición persistente, no debiendo ser considerados «síntomas típicos» de anorexia nerviosa"* (pág. 321).

Según los criterios de reconocimiento aceptados por Toro, la anorexia nerviosa y la bulimia son padecimientos caracterizados por el temor a engordar y la distorsión de la imagen corporal (desde allí, los *"síntomas típicos"* de hoy son considerados meros *"epifenómenos"* en los pacientes del pasado). Respetando esos criterios, Toro propone, tanto para los pacientes del pasado como para los del presente que no presentan distorsión de la imagen corporal, la clasificación residual de: *Trastorno del comportamiento alimentario no especificado*.

Khandelwal y Saxena (1990), en cambio, consideran que no existe un isomorfismo absoluto entre las manifestaciones clínicas que presentan las anoréxicas que viven en la India y las que exhiben las jóvenes anoréxicas de Europa y América del norte. *"Nuestras pacientes"*, dicen Khandelwal y Saxena,

---

determinados fenómenos, entidades o procesos es muy distinto a tener una noción clara que defina elucidatoriamente esos fenómenos, entidades o procesos.



*"también son jóvenes mujeres que presentan una disminución en el apetito, excesiva pérdida de peso y amenorrea. Pero pocas veces se observa un claro trastorno en la imagen corporal o el temor a engordar" (pág. 784).*

Agregan que *"La mayoría de estas pacientes no satisfacen los criterios necesarios de anorexia nerviosa conforme a los sistemas de clasificación como el DSM-III-R, aunque comparten el rasgo central de la negativa a mantener el peso corporal sobre un peso normal mínimo para la edad y altura. A menudo estas pacientes son ubicadas en la categoría residual de Trastorno de la conducta alimentaria no especificado" (pág. 784, resaltado agregado).*

Khandelwal y Saxena (1990) creen que la diferencia de isomorfismo absoluto entre las manifestaciones clínicas que se observan en las jóvenes que padecen anorexia en la India y las que la padecen en el mundo occidental está determinada por *"factores socio-culturales. Como menciona Badrinath, la cultura tradicional de India no enfatiza en la delgadez como un requisito para la belleza femenina. Tampoco la preocupación por la imagen corporal es tal como en Occidente" (pág. 784).*

### **3.4 Ocuparse de que otros coman**

Una de las manifestaciones clínicas que más llama la atención de los que observan por primera vez la conducta de quienes padecen anorexia nerviosa, es la insistencia con que las pacientes —mientras se niegan a comer— procuran que los otros coman. DuBois (1949) fue uno de los primeros en señalar esta preocupación de las anoréxicas por la dieta de los otros.

Utilizando la seducción (preparando comidas exquisitas o presentándolas de manera llamativa) o la fuerza (obligando a un hermano menor o a un pariente anciano), muchas pacientes pretenden que otros coman lo que ellas no se atreven ni siquiera a probar (Mannoni, 1970; Schütze, 1980). Este anhelo de alimentar a otros las lleva, en ocasiones, a elegir carreras que implican

necesariamente el ocuparse de lo que ingieren los demás, como Gastronomía o Nutrición.

Es probable que al obligar a otros a comer, con una modalidad intrusiva y reconociendo sólo necesidades biológicas (tan frecuente entre los compañeros de los grupos de autoayuda), la anoréxica esté haciendo activamente a otros lo sufrido en forma pasiva en un pasado remoto y olvidado (Losinno y Vera, 2000). Así, aplicando la *Lex Talionis*, Juan, internado en la Escuela Ortogénica, decía: *"Hagan que alguien beba café, aunque no le guste. Viértanlo en su boca cuando no esté mirando. Abran su boca, como hicieron conmigo"* (Bettelheim, 1955, pág. 168).<sup>4</sup>

Una revisión de la literatura especializada hace evidente que, el ocuparse de que otros coman no es una manifestación clínica exclusiva de las anoréxicas occidentales. Bhadrinath (1990), por ejemplo, al relatar el caso de una joven anoréxica de quince años de edad de origen paquistaní, dice que, al momento de la aparición de la enfermedad, la paciente comenzó a hacer dieta, se volvió muy activa y *"presentó un aumento en el interés por cocinar"* (pág. 565).

### 3.5 Hiperactividad

La hiperactividad es tan frecuente y peligrosa en quienes padecen anorexia nerviosa, que Kestenberg (como se cita en Brusset, 1977) ha dicho que las anoréxicas se matan por hiperactividad. Llevadas por un impulso irrefrenable, las pacientes practican largas horas de aeróbic, natación, danza o cualquier otro tipo de actividad física que su medio ambiente les haga accesible.

Aunque se suele sostener que la hiperactividad tiene la función de perder peso, en los últimos años se está revisando esta concepción del fenómeno. Toro y Vilardell, por ejemplo, sostenían en 1987: *"Todo ello [largos paseos diarios, sesiones de gimnasia o clases de danza, gimnasia sueca,*

---

<sup>4</sup> Juan había contraído aftas inmediatamente después de nacer. El dolor provocado por las ampollas le impedían succionar y debió ser alimentado con un gotero. Con posterioridad, siendo aún un bebé, fue golpeado varias veces por su nifera por negarse a comer. Pocos años después, sufrió un accidente grave en el que un gancho le atravesó la lengua y el paladar.

abdominales y estudiar paseando] *parece puesto al servicio de una mayor pérdida de peso a través de un mayor gasto calórico. Esto es así en la mayoría de los casos, o quizás en todos ellos*" (pág. 34, aclaración entre corchetes y resaltado agregados). Pero nueve años después, Toro (1996) reconoce que la hiperactividad no está necesariamente "al servicio" del anhelo de adelgazar. Cuando aborda este punto —al tratar sobre la relación existente entre ejercicio físico y trastornos del comportamiento alimentario— dice: "El hecho de que 1) más de la mitad de estas pacientes se entregaran a la práctica de deporte y ejercicio físico antes de empezar su dieta restrictiva; 2) que a partir del inicio de la adolescencia fueran más activas físicamente que la población control, y 3) que lo siguieran siendo antes de iniciarse la anorexia nerviosa, son factores que no encajan en la noción generalizada de que la hiperactividad desarrollada por anoréxicos y bulímicos es simplemente una conducta intencionada, destinada a consumir calorías" (pág. 212, resaltado agregado).

Estos datos parecen corroborar la hipótesis que sostiene que el anhelo de adelgazar es una mera racionalización a la que apelan —para explicar la hiperactividad— quienes padecen anorexia nerviosa. Así, las pacientes hiperactivas que se habían criado en el seno familias aficionadas a los deportes, mencionadas por Toro (1996), afirmaban que la práctica deportiva y ejercicio físico estaban determinados por el deseo de estar en forma y no por el de estar delgadas. En una familia de deportistas resulta *racional* la ilusión de estar buscando un buen estado físico al recurrir a la hiperactividad.

Al analizar en profundidad el material aportado por una joven anoréxica de trece años "adicta" a las caminatas, Brusset (1990) encuentra que "caminar hasta el agotamiento y hasta hacer sangrar los pies le daba la posibilidad de alimentarse, de descansar y de aceptar, en pequeñas dosis, los cuidados maternos, o de solicitarlos para poder rechazarlos mejor" (pág. 450).

Con la evolución de su psicoterapia, la hiperactividad fue cambiando de significación —o al menos algunas significaciones menos obvias se fueron haciendo evidentes— y terminó expresando:



1. *"Una necesidad irreprimible, una especie de necesidad vital, que ella se esforzaba por hacer compatible con la continuidad de su escolaridad. Aunque no aportase la satisfacción esperada, se repetía indefinidamente, sin importar las consecuencias. Su función antidepresiva, ansiolítica y de evitamiento del pensamiento se tornó rápidamente conciente.*
2. *Un sistema de contraidentificación, por un lado con el enfermo y muerto (toda inmovilidad significando la muerte), por otro lado con las mujeres sometidas, blandas y sumisas de la familia.*
3. *Un rito de conjuración, una compulsión obsesiva (mediante el deseo de hacer otra cosa, escaparse, mediante el retorno de la conflictualidad). Una fobia de impulsión a hundirse un puñal en el vientre y la representación obsesionante de la caída mortal de la madre de una amiga de un tren.*
4. *Un síntoma de conversión [cubierto por la organización obsesiva]: la astasia-abasia típicamente histérica con valor de contenido latente de la compulsión deambulatoria" (págs. 450-1, aclaración entre corchetes agregada).*

La noción de *"función antidepresiva, ansiolítica y de evitamiento del pensamiento"*, de la que habla Brusset al analizar la hiperactividad de su paciente, se asemeja a las ideas de Tustin (1987, 1990) referidas a la producción de figuras autocalmantes. La hiperactividad tendría, desde el enfoque de Tustin (1987, 1990), la función de producir sensaciones corporales que permitirían calmar los sentimientos insoportables (especialmente el dolor y la ira) que se desarrollan en el psiquismo del paciente (Losinno y Vera, 1995). La actividad física y el estudio compulsivo de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa, al producir figuras autocalmantes, hacen que se mantenga también fuera de la conciencia el recuerdo de situaciones en se han sentido poco valoradas, criticadas, no amadas o no entendidas (Losinno, 2003).

Al mencionar el estudio compulsivo pasamos a atender a otra de las características de la hiperactividad que se despliega en la anorexia nerviosa: ésta no queda restringida necesariamente al campo de lo corporal. Se la puede

observar, además, en el área intelectual (acompañando a la hiperactividad motriz, en forma autónoma o alternando con ella). La señorita Duke, por ejemplo, dedicaba interminables horas diarias a la lectura de la Biblia. Las jóvenes que padecen anorexia nerviosa en nuestros días, en cambio, suelen entregarse a la hiperactividad intelectual estudiando sin descanso.

Apreciando adecuadamente este fenómeno, Brusset (1977) señala que la hiperactividad que se observa en las jóvenes anoréxicas es, en realidad, una hiperactividad escolar o profesional. A diferencia de lo que sucede con otras personas dedicadas al estudio, la hiperactividad intelectual de las anoréxicas muchas veces resulta poco efectiva en lo que hace a los resultados académicos. Ello se debe a que tanto el funcionamiento intelectual como los procesos de pensamiento de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa se caracterizan por su pobreza, esterilidad y tendencia a la repetición. En realidad estudian con pautas preestablecidas, sin poder elegir qué estudiar más y qué estudiar menos (pretendiendo memorizar todo) y agobiadas por el temor al fracaso.

### **3.6 Baja autoestima**

La baja autoestima es un fenómeno tan característico de la anorexia nerviosa, que bien podría ser tomado como un indicador determinante si se presentan dudas en el momento de establecer el diagnóstico.

Sistemáticamente, las pacientes se consideran feas, poco valiosas y/o privadas de inteligencia. De nada valen los halagos o los triunfos incuestionables para un tercero. Siempre hay un recurso para descalificarlos: los otros lo dicen por interés, los jueces se equivocaron o, simplemente, le tuvieron lástima.

Así, ninguno de los dos factores, que a partir de la segunda infancia elevan la autoestima (la satisfacción de la libido de objeto y el cumplimiento de las pautas estipuladas por el ideal del yo), resulta eficaz en estas jóvenes.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Para Freud (1914c), el sentimiento de sí (lo que hoy llamamos autoestima) es la expresión del "grandor del yo" (pág. 94). En él se articulan tres elementos: los residuos del narcisismo infantil, la satisfacción de la libido de objeto y la omnipotencia corroborada por la experiencia en función de las pautas estipuladas por el ideal del yo.

**El amor de los otros nunca les es suficiente ni adecuado. Esto se debe a que:**

- 1. Desde el yo conciente buscan a alguien que sienta al unísono con ellas y que comparta absolutamente los mismos gustos. Dicha búsqueda expresa un anhelo de fusión con un otro sin núcleo propio (un mero doble). Cualquier señal de autonomía en el interlocutor —pensamientos, deseos o proyectos propios— desencadena rabia y dolor. Tienden, entonces, a neutralizar estos desarrollos de afecto recurriendo al encapsulamiento patognomónico. De sus parejas las pacientes esperan permanentes expresiones de amor, en la forma de una presencia física constante y en el registro de todas sus necesidades sin mediación de la palabra; "Si tengo que pedirselo", repiten, "ya no tiene valor" (Losinno y Vera, 1999b).**
- 2. Desde sectores inconcientes de su aparato psíquico, las anoréxicas buscan a otro que las frustre y con quien repetir experiencias muy antiguas de incompreensión y desamor. Por ello, generalmente se las ingenian durante años para estar enamoradas de alguien que nunca se dignaría a fijarse en ellas. Guillermo Martínez (1992) capta esta tendencia en su novela *Acerca de Roderer*. Daniela —una joven anoréxica a la que sus compañeros apodan Maceta Rossi por el aspecto de sus piernas— se enamora de Roderer "de verdad, con esa pasión sin disimulos, algo penosa de ver, con que suelen amar las chicas sin gracia" (pág. 47). Con respecto a este amor, el personaje que oficia de narrador en la novela nos informa: "A las demás chicas les causaba gracia y también alguna indignación que Maceta Rossi hubiera, como decían, *apuntado tan alto*" (pág. 48, resaltado agregado). En efecto, Roderer está demasiado alto; adicto a las drogas e inmerso en un proceso esquizofrénico, es definitivamente incapaz de relacionarse afectivamente con nadie.**

**El aumento de la autoestima por la vía de cumplir las pautas estipuladas por el ideal del yo también se ve coartado en las jóvenes que padecen**



anorexia nerviosa (Cervera, 2005). Las mortificaciones narcisistas sufridas durante la infancia las deja permanentemente ancladas en la tarea de sostener la concordancia con un ideal que opera con categorías absolutas. Dicho ideal impone metas de tal magnitud, que determinan que toda experiencia del yo sea vivida como un fracaso.

A esto se agrega siempre un grado mayor o menor de sadismo del superyó (Bleichmar, 1997, Losinno, 2003). El superyó sádico de quienes padecen anorexia nerviosa cambia permanentemente los parámetros con los que mide al yo. Al evaluar sus desempeños, eleva las exigencias hasta límites grotescos o rebaja la representación del yo para mostrarle su inadecuación. Desde aquí, un nueve en un examen resulta una catástrofe y un diez mera señal de lástima de parte del examinador. Tampoco la tarea de buscar trabajo resulta tolerable. Se hace tan insoportable la idea de no encontrarlo, como la de cometer errores una vez conseguido el puesto. Inmediatamente el superyó critica al yo por su *vagancia*.

También se observa que la mayoría de las pacientes proyectan la imagen ideal que sienten que deberían encarnar sobre un hermano o una compañera de colegio. Estos pasan a ocupar, entonces, el lugar de poseedores de todas las virtudes. Las pacientes los suponen capaces de concretar cualquier anhelo sin que medie esfuerzo alguno; él o ella son hermosos, simpáticos, inteligentes y, sobre todo, amados.

### **3.7 Sensación de vacío**

La sensación de vacío que experimentan quienes padecen anorexia nerviosa se encuentra entre las vivencias más penosas que deben soportar.

Hasta donde sabemos, Druitt (como se cita en Parry-Jones y Parry-Jones, 1991) fue el primero en mencionar —en 1862— la sensación de vacío como un fenómeno que acompaña siempre a quienes padecen bulimia. Luego de atribuir a los trastornos estomacales —por lo general la dispepsia— el lugar de desencadenante de muchos excesos de comida y bebida, Druitt (1862) aclara:

***"Pero hay una forma peculiar o síntoma de la dispepsia que es casi abrumadora. Es un sentimiento que puede describirse como bulimia; una intensa, enfermiza sensación de vacío, con un gran deseo por la comida o por estimulantes y a menudo con algún grado de vértigo"* (pág. 140).**

La sensación de vacío no se debe, según Druitt (1862), ni a la debilidad del organismo ni a la intensificación de un apetito saludable, sino a ***"una sensación distorsionada, un apetito subjetivo (...) una neuralgia en la cual el dolor toma la forma de hambre y usualmente es acompañada (...) por cierto grado de vértigo, o sensación de debilidad cerebral"* (pág. 140).**

Bleger (1967) relaciona estrechamente la vivencia de vacío con los raptos bulímicos (de frecuente aparición en la anorexia nerviosa), la búsqueda desesperada de un objeto que llene y dé sentido a la existencia y la promiscuidad sexual.

Winnicott (1974) sostiene que, el hecho de no comer puede derivar del intento de generar un vacío controlado para evitar el reencuentro con un temido vacío horroroso. Para Winnicott (1974), el vacío al cual el paciente le teme no está ligado a una vivencia traumática, sino a ***"que nada sucedió cuando habría sido conveniente que algo sucediera"* (pág. 106).** Winnicott (1974) considera que el miedo al vacío es un miedo a un acontecimiento pasado que en realidad no fue experimentado porque el yo que lo padeció era demasiado inmaduro como para asimilarlo juntando todos los fenómenos en el campo de su omnipotencia personal. Quien se niega a comer, afirma Winnicott (1974), sigue temiendo que suceda lo que ya sucedió (un vacío horroroso), porque la agonía primitiva no puede ser puesta en pasado hasta que el yo pueda hacerla entrar en su propia experiencia en el tiempo presente y en su control omnipotente.

Kernberg (1975) dice con respecto a la sensación de vacío: ***"Hay pacientes que describen una dolorosa y perturbadora experiencia subjetiva que con frecuencia denominan sensación de vacío"* (pág. 192, resaltado agregado).**

Señala que, ***"en los casos típicos, es como si ese vacío fuera su modalidad básica de experiencia subjetiva, de la cual tratan de escapar participando en un cúmulo de actividades o en desenfrenadas interacciones"***

*sociales, ingiriendo drogas o alcohol o buscando gratificar sus instintos mediante el sexo, la agresión, la comida o quehaceres compulsivos, que apartan la atención de su vivencia interna” (pág. 192).*

Pero también aclara que, a diferencia de los anteriores, otros pacientes *“parecen sucumbir a esta experiencia de vacío y adquieren un estilo de vida mecánico, pasando por las distintas actividades cotidianas con una sensación de irrealdad o un desvanecimiento de toda vivencia subjetiva, de manera tal que dan la impresión de fusionarse con su entorno inmediato, sea humano o inanimado”* (págs. 192-193).

Kernberg (1975) distingue tres de las formas que puede adoptar la vivencia subjetiva de vacío: la característica de los pacientes con depresiones neuróticas crónicas o de personalidad depresiva, la de los pacientes de personalidad esquizoide y la de los pacientes con un desarrollo patológico del narcisismo.

Según Kernberg (1975), los pacientes con depresiones neuróticas crónicas o de personalidad depresiva:

1. Presentan esta vivencia de vacío sólo de manera intermitente y en marcado contraste con otras vivencias subjetivas.
2. Experimentan una vivencia de vacío que se caracteriza por la sensación de pérdida de contacto con los demás.
3. Mientras están inmersos en la vivencia de vacío se perciben a sí mismos y a los otros como distantes, inaccesibles o mecanizados.
4. Cada vez que experimentan la vivencia de vacío sienten que la vida no tiene sentido, que no hay esperanza de felicidad o gratificaciones en el futuro y que no queda nada a lo que puedan aspirar o por lo que puedan luchar.
5. Tienden a sentir, cuando se activa en ellos la vivencia de vacío, que el mundo ha quedado desprovisto de relaciones significativas o de vínculos de amor en los que ellos puedan participar (no son capaces de amar a nadie y no hay razón para que alguien los ame).



Los pacientes de personalidad esquizoide, en cambio:

1. Sienten la vivencia de vacío como algo menos penoso por la falta de un contraste marcado entre los períodos en que se sienten vacíos y aquéllos en los que pueden establecer cierto contacto emocional con los demás.
2. Encuentran la vivencia de vacío como algo tolerable gracias a la sensación de dejarse llevar, de irrealidad subjetiva y el relativo alivio que les proporciona esa misma irrealidad.
3. Careciendo de los sentimientos de amor, odio, ternura, anhelo o duelo que detectan en sus semejantes, experimentan la vivencia de vacío como algo innato que los hace radicalmente diferentes de los otros.

Los pacientes con un desarrollo patológico del narcisismo (de personalidad narcisista), por su parte:

1. Experimentan la sensación de vacío —acompañada de desasosiego y hastío— cuando no encuentran en la vida social la oportunidad de ser admirados y de gratificar en forma directa sus pulsiones.
2. Buscan escapar de la vivencia de vacío mediante *"experiencias que signifiquen excitación, admiración, control, triunfo o incorporación de suministros"* (pág. 196).

Pero ninguna de estas configuraciones coincide completamente con la vivencia subjetiva de vacío que se observa en quienes padecen anorexia nerviosa (Recalcati, 2004).

Si bien las jóvenes que padecen anorexia nerviosa experimentan la sensación de vacío casi permanentemente, la relativa falta de contraste que la hace menos penosa a los pacientes de personalidad esquizoide no disminuye en ellas los sentimientos de abandono y desolación patognomónicos.

Mientras están inmersas en la vivencia de vacío, al igual que los pacientes con depresiones neuróticas crónicas o de personalidad depresiva, las

jóvenes anoréxicas se perciben a sí mismas y a los otros como distantes, inaccesibles o mecanizados. Pero, mientras que los primeros tienden a sentir a los otros en general como distantes, inaccesibles o mecanizados, las anoréxicas están convencidas de que sólo con ella los otros exhiben esos rasgos; incluso, y esta es la principal diferencia con los pacientes con depresiones neuróticas o de personalidad depresiva, dan por descontado que con ciertas personas –por ej., una hermana o una amiga– los demás son especialmente tiernos, muestran innumerables señales de admiración y están siempre disponibles.

También se pueden detectar diferencias entre la sensación de vacío que agobia por momentos a los pacientes con un típico desarrollo patológico del narcisismo y la que se observa en quienes padecen anorexia nerviosa. Aunque en ambos grupos la vivencia subjetiva de vacío se activa cuando la vida social no da la oportunidad de ser admirado y de gratificar en forma directa determinadas pulsiones, los pacientes de personalidad narcisista reciben con beneplácito la admiración y la envidia de los otros. Las jóvenes que padecen anorexia, en cambio, reaccionan con desconfianza o vergüenza ante las señales de admiración de los otros y temen especialmente despertar la envidia de sus semejantes.

Ahora bien, si se atiende a la forma subjetiva que adquiere la sensación de vacío que inunda a quienes padecen anorexia nerviosa, cabría destacar que parece tratarse de una sensación muy vívida de vacío corporal.

Tustin (1987) sostiene que, la sensación de vacío denota en estos pacientes la falta originaria de una presencia humana, capaz de responder apropiadamente a las irrupciones de dolor e ira posteriores al registro de la separación corporal. Dice, además, que, por la indiferenciación característica del momento primordial, el vacío puede ubicarse en un supuesto exterior o en el cuerpo propio. Esta última hipótesis referida a la localización del vacío, coincide con las observaciones efectuadas durante el trance hipnótico.

En varias experiencias con hipnosis, efectuadas por la Cátedra Seminario II - Trastornos en la alimentación, de la Carrera de Psicología de la Universidad de Morón, se observó que en un nivel de trance profundo (Losinno, 2005), y sin recibir sugestión alguna al respecto, las siete anoréxicas estudiadas

vivenciaron el vacío como un agujero concreto en la zona superior de epigastrio. Una lo describió como un vacío interno (como el que se podría concretar al tener una botella desprovista de contenido en aquella zona o como el que quedaría delimitado por un cerco circular de madera dentro del cual no se albergara nada) y las otras seis como un agujero pasante (similar al que se producía el cuerpo del terminator de polialeación mimética del filme *Terminator 2*, cuando recibía un disparo de arma de fuego).

### **3.8 Ausencia de sexualidad genital**

A diferencia de lo que ocurre con las jóvenes que padecen bulimia, en las que muchas veces se observa promiscuidad sexual, las jóvenes anoréxicas suelen dejar completamente de lado la sexualidad genital. En los casos más leves, en los que el encapsulamiento patognomónico (Losinno, 1994, 1999a, 1999b, 2001a, 2001b, 2002) no ha llevado a la paciente a desechar totalmente la sexualidad genital, ésta es vivida como algo automático y desprovisto de placer (Martínez de Bagattini, 1995).

Lee (1991) informa que, al estudiar y tratar a 16 jóvenes anoréxicas (con edades que iban de los 16 a los 26 años) durante un lustro en unidades psiquiátricas y académicas de Hong Kong, se observó que ninguna de las pacientes había tenido relaciones sexuales y que 10 de ellas no tenían experiencia en citas heterosexuales. Lee (1991) señala que dichas conductas son inusuales en chicas de un entorno comparable en Hong Kong.

También es notable la imposibilidad de las jóvenes anoréxicas para quedar embarazadas. Aún muchos años después de ser *recuperadas* en instituciones en las que se quiebra a cualquier precio la negativa a mantener un peso acorde con la talla y la edad –y a pesar de los discursos inconsistentes de las jóvenes ex anoréxicas referidos al deseo frustrado de tener un hijo o a las racionalizaciones esgrimidas para justificar el no tenerlo– muchas siguen sin ser madres.



### 3.9 Amenorrea

La amenorrea que se presenta en las jóvenes pospuberales que padecen anorexia nerviosa –cuarto criterio para el diagnóstico de anorexia nerviosa del DSM-IV (pág. 559)– también ha generado discusiones y controversias. Pero, en este caso, la discusión recae sobre el ámbito de lo causal.

Toro y Vilardell (1987), por ejemplo, sostienen: *"Parece haber acuerdo en aceptar que la amenorrea es peso dependiente, lo que no sólo se observa en pacientes con anorexia nerviosa, sino también en otros sujetos sanos con pérdida de peso simple. Se ha comprobado que insignificantes cambios dietéticos pueden producir cambios hormonales que llegan a modificar el ciclo menstrual normal"* (pág. 91, resaltado agregado). Un amplio sector del periodismo y muchos investigadores ajenos al campo de la psicología o la medicina adhieren a esta noción causal.

Brusset (1977), Pasqualini, Fahrer y Seco (1996), Raimbault (1982), Schulman (1995), Schütze (1980) y Wilson (1988) han encontrado, en cambio, que en muchos casos la amenorrea precede al adelgazamiento. Entre las pacientes que fueron atendidas en la Consultoría de Trastornos de la Alimentación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, la Consultoría de Trastornos en la Alimentación de la Dirección de Salud de la Universidad de Buenos Aires y el Centro de Investigaciones Charles Lasègue entre 1994 y 1997, se encontró un porcentaje considerable de jóvenes –alrededor del 20%– que dejaron de menstruar antes del inicio de la restricción alimentaria.

Copeland *et al.* (como se citan en Schulman, 1995), por su parte, hallaron que en el 38% de pacientes bulímicas con historia de anorexia nerviosa, la amenorrea persiste, a pesar de la recuperación del peso.

Dejando de lado la polémica referida al hecho de si la amenorrea depende o no de la pérdida de peso, se hace evidente a cualquier observador atento, que las pacientes no quieren menstruar. También parece que ese rechazo a menstruar es independiente de lo que las jóvenes anoréxicas *aprendieron* a decir –para evitar mayores conflictos y críticas– a sus padres o a los médicos

(quienes, por lo general, expresan abiertamente ante ellas que la amenorrea es una desgracia que debe ser rápidamente combatida). Cuando se sienten confiadas ante alguien que no pretende imponerles nada, suelen expresar fantasías ligadas al temor a una hemorragia interminable y al asco a menstruar.

En el terreno somático, la amenorrea se expresa por medio de una deficiente secreción pulsátil de GNRH, que genera un estado hipogonadotrófico, con patrón hipofisiario prepuberal, marcado descenso de estrógenos, aumento de la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal con mayor producción de cortisol y T3 disminuido (Schulman, 1995).

### **3.10 Otras manifestaciones físicas**

La piel de las pacientes anoréxicas presenta un aspecto seco, escamoso y grisáceo. En ocasiones, se observa un aumento de la pigmentación de la piel similar a la que aparece en quienes padecen la enfermedad de Addison, en los estados de déficit de vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico. Las palmas de las manos y las plantas de los pies pueden tomar una coloración amarillenta por acumulación de carotenos. Si dicha coloración se extiende al resto del cuerpo, las escleróticas permanecen claras, lo que distingue este fenómeno de la ictericia (Toro y Vilardell, 1987).

Como destaca Schütze (1980), la alopecia, siempre reversible, aparece exclusivamente en los estadios muy avanzados de la enfermedad. El lanugo (pelusa o vello muy fino generalmente presente en el feto), que en un momento fue incluido dentro de los criterios diagnósticos de la anorexia, se encuentra en un número muy variable de anoréxicos. Suele localizarse en las mejillas, el cuello, la espalda, los antebrazos y los muslos.

Un síntoma que, a pesar de ser indoloro, suele desesperar a quienes padecen anorexia nerviosa, es la hipertrofia parotídea bilateral (las jóvenes anoréxicas suelen quejarse de estar "gordas de cara"). Se trata de una hipertrofia benigna, típica en pacientes con trastornos en la alimentación o en quienes por un motivo u otro siguen dietas extravagantes. Si bien la hipertrofia parotídea no tiene

una explicación irrefutable, parece relacionarse con la misma desnutrición o con una alteración concomitante de páncreas y parótida (Toro y Vilardell, 1987).

Los mecanismos de ahorro energético producen bradicardia, hipotensión, reducción de la circulación periférica (acrocirosis), hipotermia (debajo de 35°) y disminución de los valores basales (Caparrós y Sanfeliú, 1997).



## **Capítulo 4**

### **Las otras formas de anorexia**

#### **4.1 Las enfermedades somáticas que incluyen la anorexia entre sus síntomas**

Según Brusset (1977), ciertas lesiones de los núcleos del tronco cerebral o de los nervios craneanos, algunas alteraciones del aparato digestivo o un tumor de la base del cráneo o del foso posterior pueden confundirse, en un principio, con la anorexia nerviosa. También deben descartarse la diabetes mellitus, la tuberculosis, la tirotoxicosis apatética y los síndromes de malabsorción. De todos modos, Vandereycken y Meerman (como se citan en Toro y Vilardell, 1987) sostienen que el diagnóstico de anorexia nerviosa no es difícil de hacer, si se presta más atención a la conducta del paciente que a sus manifestaciones somáticas.

Sin embargo, hay cinco afecciones orgánicas que requieren ser especialmente tenidas en cuenta, ya que —aunque muy distintas a la anorexia nerviosa en cuanto a su etiología— pueden llevar a error en las primeras entrevistas: los cuadros de hipopituitarismo, la enfermedad de Addison, la enfermedad de Basedow, la enfermedad de Crohn y el síndrome de la arteria mesentérica superior.

#### **4.2 Hipopituitarismo y panhipopituitarismo**

El panhipopituitarismo es el conjunto de síntomas y de signos, incompatible con la vida, que resultan del fallo secretorio total de las hormonas elaboradas por la adenohipófisis (corticotropa, melanocitoestimulante, tireotropa, gonadotrofinas y prolactina). Cuando el fallo queda limitado a algunos déficits aislados se habla de hipopituitarismo. En todos los casos, las manifestaciones

clínicas dependerán del número e intensidad de los déficits hormonales, de la edad del paciente, del fenómeno que produjo el fallo y de las estructuras afectadas (hipotálamo, hipófisis o ambos). Los síntomas, cuando se deja de elaborar la hormona glandotropa adrenal (ACTH) son:

1. Adinamia.
2. Inapetencia.
3. Caída del vello axilopubiano.
4. Pérdida de la libido en las mujeres.
5. Hipotensión.
6. Hipoacidez.
7. Hipoglisemia.

Cuando el fallo hipofisario lleva a que se deje de elaborar la hormona glandotropa tiroidea (TSH), los síntomas clínicos son:

1. Frialidad.
2. Hipotermia.
3. Caída de cabello y cejas.
4. Ausencia de sudor.
5. Edemas leves.
6. Uñas quebradizas.
7. Voz velada.
8. Estreñimiento.
9. Bradicardia.
10. ECG de poco voltaje.

Si el fallo hipofisario deja de elaborar las hormonas gonadales (FSH y LH), se origina:

### ***En mujeres***

1. Ausencia de ovulación.
2. Amenorrea y esterilidad.
3. Involución y atrofia del tracto genital.

### ***En hombres***

1. Ausencia de espermatogénesis.
2. Pérdida de la libido.
3. Impotencia sexual.
4. Esterilidad.

Una de las causas más frecuentes de hipopituitarismo en la mujer fue, hasta hace algunos años, el infarto hipofisario post partum o síndrome de Sheehan. En este síndrome, además de amenorrea secundaria y disminución del metabolismo basal, encontramos los siguientes síntomas que pueden llevar a confundirlo con la anorexia nerviosa: sensibilidad al frío, estreñimiento, palidez, frialdad y sequedad de la piel.

Después de la hemorragia y shock post partum en el síndrome de Sheehan es característica la falla para lactar (por déficit de secreción de PRL). Progresivamente aparecen también: involución mamaria, pérdida del vello axilar y pubiano (por déficit de gonadotropinas), facies inexpresiva y abotagada, macroglosia y discreto aumento de peso. Finalmente, los enfermos muestran hipotensión arterial, agravación de la astenia, disminución de la pigmentación cutánea (con notable despigmentación de las aréolas mamarias) y mala adaptación a las situaciones de estrés, con manifestaciones clínicas de insuficiencia suprarrenal secundaria (Farreras y Rozman, 1975).



## 4.3 Enfermedad de Addison

La enfermedad de Addison se debe a la hipofunción primaria crónica de las cortezas suprarrenales (Farreras y Rozman, 1975).

El síntoma principal es una debilidad muscular progresiva que produce fatiga física (sobre todo por la tarde). A este síntoma, que contrasta con la hiperactividad característica de quienes padecen anorexia nerviosa, se agregan apatía intelectual, disminución de la memoria y trastornos digestivos (eructos, náuseas y falta de apetito). Con el tiempo, el peso disminuye indefectiblemente, al igual que la pilosidad axilo-pubiana. También aparecen pigmentaciones cutáneas pardas características de la enfermedad. Dichas pigmentaciones se presentan especialmente en las regiones descubiertas del cuerpo (cara, cuello y dorso de las manos), en partes sometidas a acción mecánica (por ejemplo, la cintura) y, sobre todo, en las zonas cutáneas fisiológicamente muy pigmentadas (pliegues de la flexión palmar, pezones, órganos genitales y márgenes del ano). Las manchas pigmentadas pardas pueden, además, manifestarse en las mucosas bucal, labial, palatina, gingival, lingual y conjuntival. Mientras que en algunos casos, la intensidad y la extensión de la superficie pigmentada aumentan con el avance de la enfermedad (dando a los pacientes un aspecto muy bronceado y hasta negroide), en otros, la pigmentación queda limitada a los sectores mencionados anteriormente, no siendo excepcional que se acompañe de zonas de vitiligo.

Farreras y Rozman (1975, pág. 737, resaltado agregado) transcriben los resultados de una investigación de Thom y Jenkins en la que, sobre una población de 94 pacientes, se observó la siguiente frecuencia de síntomas y de signos:

Astenia y fatigabilidad	99%
Pigmentación cutánea	98%
Pigmentación de las mucosas	82%
Pérdida de peso	97%
Anorexia, náuseas, vómitos	90%
Hipotensión (menos de 110/70)	87%
Hipoglucemia espontánea	50%

Hipoacidez gástrica	50%
Dolores abdominales	34%
Hambre de sal	22%
Diarrea	20%
<b>Constipación</b>	<b>19%</b>
Vitíligo	6%

El resultado destaca las manifestaciones clínicas que, junto con la amenorrea (que frecuentemente aparece en las formas de la enfermedad de Addison de larga evolución), pueden llevar a confundir a la enfermedad de Addison con la anorexia nerviosa (Toro y Vilardell, 1987).

#### **4.4 Enfermedad de Basedow**

En la enfermedad de Basedow, la glándula tiroides presenta signos muy evidentes de hiperactividad (riqueza vascular, frecuente reducción de la materia coloide, proliferación epitelial con mayor altura de las células de los folículos e infiltración de linfocitos). En lo que hace a sus formas clínicas, Farreras y Rozman (1975) señalan: *"Tanto por lo que atañe a la presentación de los diversos síntomas, como a su patogenia y curso, la enfermedad ofrece cuadros muy diversos"* (pág. 696). Dentro de esa diversidad encontramos:

1. Evolución crónica con remisiones breves o largas.
2. *Fase final de sumo enflaquecimiento y pérdida extrema de fuerzas.*
3. *Vómitos.*
4. *Anorexia.*
5. Diarrea.
6. *Insuficiencia cardíaca grave que lleva a la muerte.*

Hay formas leves o de intensidad media de la enfermedad de Basedow en las que, con reposo y dieta rica en hidratos de carbono, los pacientes llegan a la obesidad (enfermedad de Basedow adiposa), sin que en ellos desaparezcan los

demás síntomas patognomónicos ni el hipermetabolismo. El Basedow del varón suele ser más grave que el de la mujer y en él tienden a desarrollarse exoftalmías malignas. En el Basedow femenino, en cambio, dominan los trastornos nerviosos con oligomenorrea.

## **4.5 Enfermedad de Crohn**

La enfermedad de Crohn es una afección inflamatoria con frecuente asiento ileal, que afecta a adolescentes o adultos jóvenes (sin predilección de sexos), provocando un cuadro diarreico grave. Posee dos formas principales: la aguda y la crónica. Aproximadamente el 50% de los pacientes afectados por la forma aguda evolucionan hacia la cronicidad, mientras que la forma crónica es mucho más frecuente que la aguda, pues afecta al 90% de los casos. La forma aguda suele observarse en niños o adolescentes *"que se quejan de dolor súbito en la fosa ilíaca derecha, el cual se acompaña de dolor a la presión, náuseas, algún vómito, fiebre y leucocitosis"* (Farreras y Rozman, 1988, pág. 145, resaltado agregado). Otros síntomas característicos de la enfermedad de Crohn son la diarrea prácticamente constante (cuatro o cinco deposiciones diarias) y el decaimiento.

Actualmente se discute si la investigación sobre el origen de la enfermedad de Crohn debe centrarse en los factores genéticos, en los agentes infecciosos, en los fenómenos inmunológicos o en la configuración psíquica del paciente (García Vega, 2004).

Un equipo de la Universidad de Toronto afirma haber aislado un gen que predispone a sus portadores a desarrollar enfermedad de Crohn. El gen aislado produce una proteína que se encuentra en la superficie celular y regula cómo las sustancias entran y salen de la célula. En la mayoría de los pacientes con enfermedad de Crohn esa proteína funciona de forma inadecuada y permite a las toxinas penetrar fácilmente en las células (Nos Mateu y Clófent Villaplana, 2004). Por su parte, la doctora García Vega (2004), de la Universidad de Oviedo,



afirma que, en general, los estudios más recientes están de acuerdo al reconocer que la enfermedad de Crohn se exacerba en situaciones de estrés, pero discrepan en cuanto a considerar a los factores psicológicos como causa del padecimiento o como un componente más de la etiología multifactorial del mismo.

Si bien las náuseas y los vómitos no son comunes en la enfermedad de Crohn (salvo como signo de obstrucción incipiente del intestino), cuando se suman a las diarreas y a cierta pérdida de peso, pueden llevar a confundir la enfermedad de Crohn con la anorexia nerviosa purgativa.

#### **4.6 Síndrome de la arteria mesentérica superior**

El síndrome de la arteria mesentérica superior es un padecimiento de baja frecuencia (desconocida en niños pero en los adultos llega al 0.25% de la población general). Entre sus síntomas se encuentran: dolor abdominal posprandial en región epigástrica, tipo cólico, sin irradiación, acompañado de náusea, *vómito posprandial y pérdida de peso* (García, Pérez, Sánchez y Luna, 2000). Según Calderón, Tapia e Ismael (1994), el síndrome de la arteria mesentérica superior debe ser considerado como posibilidad diagnóstica en todo niño con dolor abdominal crónico, detención de peso y escoliosis.

La obstrucción duodenal del síndrome de la arteria mesentérica superior puede ser aguda o crónica. En niños, las causas más frecuentes de obstrucción duodenal son las congénitas: atresia o estenosis duodenal, malrotación intestinal o bandas congénitas.

En los adultos, en cambio, los factores obstructivos que causan generalmente el síndrome son: un ángulo de origen agudo de arteria mesentérica superior (menor de 20 grados) y duodeno en posición anormalmente alta y fijo (ambas situaciones favorecidas por la disminución del colchón de grasa que normalmente separa estas estructuras). Por ello, el DSM-IV señala que, aunque el síndrome de la arteria mesentérica superior debe diferenciarse de la anorexia nerviosa, en ciertas ocasiones dicho síndrome puede aparecer —debido a la emaciación— en quienes padecen trastornos alimentarios graves.

## **4.7 Las patologías psíquicas que incluyen la anorexia entre sus síntomas**

Si bien resulta difícil que las manifestaciones de un paciente coincidan con las descripciones de una entidad como la anorexia nerviosa, la histeria o la melancolía, es imprescindible, tanto desde el punto de vista clínico como desde el teórico, establecer un diagnóstico presuntivo que permita deslindar entre anorexia nerviosa y otras patologías psíquicas que incluyen la anorexia entre sus síntomas. Este deslinde posee suma importancia en lo que atañe a esta investigación, ya que no es de esperar que en estas últimas se detecte la misma representación subjetiva de padre que hallamos en la anorexia nerviosa.

De todos modos, debemos estar preparados para hallar en un paciente combinatorias múltiples de padecimientos con prevalencia temporal de una formación clínica sobre otra (Freud, 1894a, 1911c, 1914c, 1925b [1924], 1940a; Freud y Weiss, 1979; Losinno, 1994; Makhavsky, 2000b). En ese caso, la representación subjetiva de padre específica de la anorexia nerviosa puede hacerse presente cuando en el aparato psíquico se amalgaman, por ejemplo, una anorexia nerviosa y un fragmento melancólico. La representación de padre específica de la anorexia nerviosa derivará, entonces, del fragmento anoréxico, y la representación de padre característica de la melancolía, si la hubiera, del fragmento melancólico (Freud, 1923d).

## **4.8 Anorexia primaria del lactante**

En el primer segmento del eje temporal encontramos la anorexia primaria del lactante. Los niños que padecen esta anorexia apenas aceptan la leche y suelen no aumentar de peso. Muchas anorexias primarias se extienden durante meses o años y pueden asociarse, con posterioridad, a otros síntomas ligados a la oralidad (v. gr.: los vómitos). Cuando analizan el padecimiento, Brazelton y Cramer (1990) hacen hincapié en que junto con él, siempre se

observa una relación perturbada —desde muy temprano— entre la madre y el niño. Uno de los factores que destacan dichos autores es la tendencia de la madre a ver en el hijo aspectos negativos de ciertos miembros de su propia familia de origen. La madre, dicen Brazelton y Cramer (1990), tiende a rechazar al bebé, confundiéndolo con aquel miembro de su familia que en el pasado fue hostil o decepcionante con ella, si se dan por lo menos dos condiciones: *a.* Tiene que experimentar a su hijo como una reproducción excesivamente exacta de ese familiar temido o aborrecido, y *b.* Esa idea materna debe quedar impregnada por el sentimiento de convicción. Fuera de la esfera oral, las manifestaciones clínicas del niño con anorexia primaria del lactante —derivada del rechazo materno— incluyen: *a.* Hiperactividad, *b.* Desorganización de la motricidad, *c.* Retrasos en el habla, *d.* Dificultades para jugar, *e.* Irritabilidad y otros signos de desasosiego y *f.* Tendencia a entusiasmarse con la madre cuando esta despliega conductas intrusivas (Brazelton y Cramer, 1990).

Elisabet Garma (1973), en cambio, explica el origen de la anorexia primaria poniendo el acento en el instinto de muerte congénito y en la eficacia de los traumas tempranos de carácter fortuito. Pero, si bien al analizar un caso —en el que se combinan anorexia, vómitos constantes y diarreas con deshidratación grave— Elisabet Garma (1973) sostiene que el paciente *“fue el primero de dos hijos deseados, de padres alegres y cariñosos y que siempre han buscado la felicidad de sus niños”* (pág. 825), en años posteriores aclaró que, en realidad, aquellos padres poseían características harto particulares, que había preferido disimular en un principio por tratarse de personas muy conocidas en el ambiente psicoanalítico. En esa segunda ocasión (Elisabet Garma, 1991, comunicación personal) describió a la madre del niño como una mujer sumamente narcisista (cuando rompió la bolsa amniótica se dirigió a la peluquería a retocar su peinado para llegar *“arreglada”* a la maternidad). Al padre de Carlitos lo caracterizó como un hombre ausente, demasiado compenetrado con su trabajo y, por ende, no disponible para la identificación.



## 4.9 Anorexia del segundo semestre

La anorexia del segundo semestre —denominada ocasionalmente anorexia del destete— se instala como un síntoma prácticamente aislado (fuera de la anorexia no se observan otras anomalías) en un bebé de cinco o seis meses. Kreisler (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974) destaca que la anorexia del segundo semestre suele darse en niños que impresionan por la precocidad de su despertar intelectual. Kreisler (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974) distingue la *anorexia habitual simple* de las *anorexias complejas*. Respecto a la *anorexia habitual simple*, la más numerosa, señala: *“las condiciones del primer rechazo son sugerentes. Suele ser fácil encontrar en el lactante el acontecimiento inicial: se trata del destete, la ablactación, la introducción de la alimentación variada, las raciones excesivas, un horario inoportuno que perturba el sueño, etc. También puede ser un incidente patológico benigno o grave que provocó una anorexia orgánica transitoria. Cualquiera que sea el pretexto inicial, el rechazo ha sido atacado frontalmente y todo ocurre como si se estableciera un sistema de reacciones recíprocas entre la madre, fijada en su actitud coactiva, y el niño, fijado en su actitud opositora; la reacción circular se instala a partir de este momento y amenaza con durar meses o años (pág. 97).*

Si el pediatra logra que la madre cambie de técnica, dice Kreisler (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974), la anorexia desaparece rápidamente (por lo menos así sucede en los casos en que la restricción alimentaria no lleva demasiado tiempo de evolución). Según Kreisler (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974), las *anorexias complejas*, en cambio, *“se caracterizan por la intensidad del síntoma y su resistencia a los métodos habituales de tratamiento, aunque este las mejora regularmente en la medida en que la coacción las había agravado”*. Los niños, agrega Kreisler (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974), *“se comportan como si el alimento no les interesara”* (pág. 97), por lo que se pregunta hasta qué punto, en las anorexias complejas, el hambre ha sido afectado junto al trastorno evidente

del apetito.<sup>6</sup> Para Kreisler, las formas más severas *"responden casi siempre a una relación claramente conflictiva con la madre, relación que a menudo aparece como patológica"* (pág. 98).

Atendiendo a la diversidad de grados que se observa en la anorexia del lactante, Soulé (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974) distingue cuatro variantes: a. Una forma común de anorexia, b. Otra que adopta la apariencia de una *prefiguración perversa*, c. La que hace pensar en una *psicosis* y d. La que obliga a introducir la noción de *enfermedad psicosomática en la anorexia precoz*. La forma común, dice Soulé, puede ser clasificada como un trastorno reactivo de conducta. En las formas de *prefiguración perversa*, en cambio, el niño parece haber desplazado la fuente de placer, prefiriendo el que le procura su rechazo al gusto primario de alimentarse. Si bien Soulé (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974) aclara que quienes padecen una anorexia de *prefiguración perversa* durante la primera infancia no tendrán necesariamente ulteriores conductas perversas, también destaca que *"estas formas de anorexia se descubren con mayor frecuencia en la anamnesis de ciertos casos de neurosis del carácter"*, particularmente *"el rechazo de la pasividad y la reconquista a cualquier precio de cierto grado de dominio"* (págs. 104-105). Las anorexias que hacen pensar en una *psicosis*, son, para Soulé (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974), *"aquellas que revelan a través de algunos síntomas una relación profundamente perturbada"* (pág. 105) y figuran entre los antecedentes de determinados jóvenes psicóticos. Con respecto a las anorexias de origen *psicosomático* Soulé (en Kreisler, Fain y Soulé, 1974) afirma que: *"Se trata de anorexias que alteran el estado de salud, determinan una disminución del peso corporal y no responden a los métodos terapéuticos habituales. La aparición precoz de estos trastornos, el hecho de no tener hambre —fenómeno biológico—, la ausencia de perturbaciones psíquicas en algunas madres, el fracaso de las medidas terapéuticas simples, permiten pensar que el lactante tiene trastornos*

---

<sup>6</sup> Marta Békei (1984) define el hambre como *"la percepción de un impulso congénito que mueve a comer. Agrega que: "Está regulado por un sistema neurológico y humoral complicado con el cual el bebé nace". El apetito, dice Békei, es "en cambio, un deseo adquirido de ingerir alimentos. Depende de una serie de circunstancias que preceden o acompañan al acto de comer. En el adulto la simple vista de una mesa bien puesta puede despertar el apetito, así como la visión de un plato mal presentado puede hacerlo desaparecer"* (pág. 141).



*propios, sin que podamos discernir si estos son constitucionales o fueron adquiridos precozmente”* (pág. 105).

#### **4.10 La anorexia en el hospitalismo**

Todas las formaciones clínicas descritas hasta ahora, bajo los rótulos de anorexia primaria del lactante y anorexias del segundo semestre, pueden incluirse en el grupo de las que Spitz (1965) denomina *enfermedades psicotóxicas de la infancia*. Spitz (1965) cree que, en mayor o en menor medida, en cada una de ellas intervienen factores psicogénicos derivados de las relaciones madre-hijo perturbadas. Por contraste con las enfermedades psicotóxicas (debidas al factor cualitativo), Spitz (1965) recorta el grupo de las *enfermedades defectivas emocionales* (causadas por el factor cuantitativo).

Al estudiar las relaciones incorrectas entre la madre y su hijo, Spitz (1965) parte de la idea de que la personalidad de la madre es la dominante en la diada. Afirma también, que, en los casos en que el niño se encuentra inmerso en una relación perturbada, la personalidad de la madre interviene en el vínculo —a la manera de una toxina psicológica— como agente provocador de la enfermedad del hijo. Atendiendo a dicho factor tóxico, Spitz (1965) considera a los fenómenos patológicos que son sus derivados (coma en el recién nacido, cólico del tercer mes, eczema infantil, hipermovilidad, juegos fecales e hipertimia agresiva) *enfermedades psicotóxicas de la infancia*.

Cuando examina los factores cuantitativos de la relación entre la madre y el hijo —advirtiendo los efectos devastadores de la privación de suministros libidinales durante el primer año de vida del infante— Spitz (1965) asevera que se impone por sí misma la comparación de esos efectos con los de la avitaminosis. De allí que denomine a esta segunda categoría de padecimientos, *enfermedades defectivas emocionales*.

Si la privación emocional por ausencia de la madre (sin que se le proporcione un sustituto adecuado) subsiste por un lapso de tres a cinco meses, dice Spitz (1965), el niño produce una *depresión anaclítica*. El trastorno —similar



por la sintomatología y la expresión facial de los niños a la depresión de los adultos— hace que durante el primer mes, los niños se tornen llorones y exigentes y que tiendan a asirse de los adultos afectuosos.

En lo que respecta a la similitud existente entre la depresión anaclítica y la depresión de los adultos, Spitz (1965) señala: *"La sintomatología de los niños separados de sus madres se asemeja de modo sorprendente con los síntomas que nos son familiares en la depresión adulta. Además, en la etiología de la perturbación, la pérdida del objeto amoroso es sobresaliente tanto en el adulto como en el infante, hasta el punto de que uno se siente inclinado a considerarla como el factor determinante"* (pág. 202).

Pero aclara que, desde el punto de vista estructural y dinámico *"la depresión en el adulto y en el infante no son comparables, sino diferentes por completo. La dinámica de la depresión adulta es predicado de la presencia de un superyó de crueldad sádica, bajo cuya implacable persecución el yo se derrumba. No existe nada comparable a esto en el infante, pues en esa etapa, los precursores del yo no pueden aún ser discernidos. Por eso lo que observamos aquí es sólo una semejanza superficial en el cuadro nosológico. Los síntomas son similares, pero el proceso subyacente es básicamente distinto"* (pág. 202).

A continuación agrega: *"Por esta misma razón he introducido una nueva categoría psiquiátrica, la de depresión anaclítica, para designar la perturbación infantil descrita anteriormente. Ha tenido que ser separada claramente de la depresión adulta, del concepto de Melanie Klein de la «posición depresiva» y del concepto de aflicción de Bowlby"* (págs. 202-203, resaltado en el original).

En el segundo mes de privación emocional por ausencia de la madre, los niños pierden el apetito, comienzan a descender de peso, se detiene el índice de desarrollo y el llanto es generalmente reemplazado por gemidos. Un mes después, comienzan a yacer postrados en sus camas la mayor parte del tiempo, se niegan a establecer contacto con los adultos y siguen bajando de peso. Muestran propensión a contraer enfermedades interrecurrentes, están insomnes y presentan rigidez facial.

Para el desarrollo de la depresión anaclítica, dice Spitz (1965), es necesario que antes de la separación el vínculo del niño con su madre haya sido satisfactorio. Al respecto explica: *"Es sorprendente que cuando se dan antes de la separación relaciones entre madre e hijo malas, los infantes separados de sus madres, presenten perturbaciones de una naturaleza diferente. (...) No encontramos un solo caso de depresión anaclítica en infantes que mostraban malas relaciones entre madre e hijo. En estas circunstancias se diría que cualquier sustituto era cuando menos, tan bueno como la madre biológica insatisfactoria"* (pág. 204, resaltado en el original).

En las eventualidades en que la separación excede de cinco meses, se instala un síndrome al que Spitz (1965) llama hospitalismo. El hospitalismo incluye los siguientes síntomas: retraimiento, anorexia, pérdida de peso, insomnio, movilidad decreciente (con posterior aparición de movimientos digitales extraños), ausencia de actividad autoerótica, expresión de imbecilidad y retroceso irreversible del índice de desarrollo. A estos síntomas hay que agregar altísimas cifras de mortalidad.

Al considerar los efectos de la pérdida de la madre, Spitz (1965) retoma las hipótesis freudianas que dividen a los impulsos en dos grandes grupos: los libidinales y los agresivos. Como advierte que en los niños que padecen depresión u hospitalismo no se despliegan las manifestaciones de la agresión típicas del niño normal de más de ocho meses (patalear, morder, mascar, etc.), conjetura que: *"la relación del niño con el objeto amoroso le ofrece un escape para el impulso agresivo en las actividades que el objeto provocó"* (pág. 211).<sup>7</sup>

Spitz (1965) también observó que, si la madre regresa a tiempo para detener la defusión pulsional (antes de los cinco meses), el niño recobra la alegría y muestra estar feliz con ella y con otros adultos. Pasa a disfrutar con juegos

---

<sup>7</sup> Spitz (1965) supone que, en la segunda mitad del primer año de vida, los niños no distinguen entre la descarga del impulso agresivo y la descarga del impulso libidinal. Ambos son dirigidos hacia la madre; y tras su ausencia, ambos quedan sin el objeto en que convergían. Desde el momento de la pérdida, los niños comienzan –por ser su propio yo el único objeto del que disponen– a orientar la agresión contra sí mismos. Por ello se vuelven incapaces de asimilar el alimento y efectúan actos evidentes de autoagresión como golpearse la cabeza contra objetos duros, darse puñetazos o arrancarse manojos de cabellos. El impulso libidinal, tan pronto como queda separado del agresivo, parece verse limitado a la tarea –generalmente infructuosa– de asegurar la supervivencia.

activos solitarios o en compañía de sus pares. El impulso agresivo encuentra nuevamente una vía de salida; durante un tiempo los niños se toman más destructivos con los objetos inanimados que cualquier infante normal de la misma edad. Del mismo modo, dirigen su agresión a los otros niños, mordiéndolos o tirándoles del cabello. Spitz (1965) ha filmado *"a uno de esos infantes que de un modo sistemático arrancó la piel del empeine de otro niño, dejando una lesión sangrante"* (pág. 212).

#### **4.11 Anorexias de la segunda infancia**

Como destaca Ajuriaguerra (1971), la anorexia de la segunda infancia puede ser, tanto una extensión de una anorexia de la primera infancia, como un trastorno que se presenta en niños que se alimentaron con normalidad durante el primer año de vida. Emerge, sostiene Ajuriaguerra (1971), como forma de oponerse a la rigidez de los padres —exigencias desmedidas, orden rígido en las comidas o imposición de un ritmo adecuado para los adultos e inapropiado para el niño— o como un síntoma de orden fóbico. Ferenczi (1919) también alude a las anorexias de la segunda infancia en *Desagrado por el desayuno*. Descubrió que uno de sus pacientes —a quien incluye en la serie de los que *"prefieren irse a la escuela con el estómago vacío, y si se les obliga a comer, sucede que vomitan todo lo que han tomado"* (pág. 419)— había desplazado al desayuno el desagrado inconsciente que le suscitaban las manos de la madre. El niño conocía la existencia de las relaciones sexuales entre los padres, pero rechazaba dicho conocimiento porque le resultaba inconciliable con los sentimientos que conscientemente experimentaba hacia ellos (ternura y respeto). A causa de haber establecido un falso enlace, cuando su madre le servía el desayuno *"con las mismas manos que sin duda habían intervenido en el acto prohibido"* (pág. 419), trasladaba al alimento el disgusto que le producían las supuestas actividades eróticas de aquella.



Ferenczi (1919) conjetura que el proceso patológico incluía, al mismo tiempo, una formación reactiva.<sup>8</sup> El rechazo que le inspiraba el desayuno a su paciente era, además del producto de un desplazamiento, la resultante de una transformación del deseo de incorporar oralmente ciertos objetos y sustancias que intervenían en las relaciones sexuales de los padres.

## 4.12 Anorexias de la vejez

En el último segmento del eje temporal encontramos las anorexias de la vejez. Si dejamos de lado aquéllas que son consecuencia de alguna enfermedad orgánica terminal (que, como el cáncer, incluye a la inapetencia entre sus síntomas típicos) o las que derivan del recrudecimiento de un cuadro psicótico (p. ej.: melancolía o esquizofrenia), queda un conjunto de formaciones clínicas en el que se destacan las anorexias derivadas del anhelo de dejarse morir.

La situación típica es la del anciano que, al verse internado en un geriátrico contra su voluntad, un día decide dar la espalda al mundo y dejarse morir de hambre tendido en la cama. En este caso, como en el marasmo infantil, el sujeto (desolado y carente de cualquier esperanza de reconocimiento) se entrega a la muerte por la falta de aquellos estímulos que lo harían sentirse amado.

El estado de abulia, que incluye algo del orden del reclamo mudo y del desafío, es la consecuencia final de un proceso en el que primó la sensación de desamparo. Desde el psicoanálisis, dicho desenlace se hace inteligible si se

---

<sup>8</sup> La formación reactiva cumple la función de reasegurar una represión ya establecida (Fenichel, 1945) por el fortalecimiento de un opuesto en la vida anímica (Freud, 1913f, 1915d). Así, el aseo, el orden y la formalidad pueden ser una formación reactiva contra el interés por lo sucio, lo perturbador y lo que no debe pertenecer al cuerpo (Freud, 1908b). En la neurosis obsesiva, este tipo de contrainvestidura se manifiesta como una alteración en el interior del yo por la exageración de rasgos de carácter normales (v. gr.: compasión, escrupulosidad de la conciencia moral y limpieza). En la histeria, en cambio, el conflicto de ambivalencia se resuelve de otra manera: también en ella es inequívoca la presencia de cierto grado de alteración del yo por formación reactiva, sólo que "el odio hacia una persona amada es sofrenado por una hipertemura hacia ella y un desmedido temor por su suerte. Empero, como diferencia respecto de la neurosis obsesiva debe destacarse que tales formaciones reactivas no muestran la naturaleza general de rasgos de carácter, sino que se limitan a relaciones muy especiales. Por ejemplo, la histérica que trata con excesiva ternura al hijo a quien en el fondo odia, no por ello será en el conjunto más amorosa que otras mujeres, ni siquiera más tierna con otros niños. La formación reactiva de la histeria retiene con firmeza un objeto determinado y no se eleva al carácter de una predisposición universal del yo." (Freud, 1926 [1925], pág. 148)

repara en que, para el yo, vivir tiene el mismo significado que ser amado por el superyó (que en este, como en otros aspectos, actúa como subrogado del ello) (Freud, 1923b). Si además se tiene en cuenta que el superyó sustituye la función protectora que al comienzo recayó sobre los padres, y después sobre la providencia o el destino, se comprende que en la vejez, donde los padres generalmente han sido reemplazados por los hijos en cuanto a su función de auxiliares, el desamor de éstos es sentido como abandono de todos los poderes protectores. Ante un abandono semejante, el anciano se deja morir suponiendo que su ausencia no será registrada por ninguno de sus seres queridos, que nadie llorará sinceramente su muerte y que, entre sus allegados, no habrá ninguno que sienta nostalgia por él.

Pero a esta posición del yo que se despliega en las anorexias de la vejez hay que agregar, para comprenderlas, las características del lugar que, quien se deja morir, adjudica a los otros significativos. Para que en el aparato psíquico se desarrolle este tipo de anorexia como método de autosupresión, el anciano debe sentirse a merced de un otro especulador y despótico que ya no le adjudica ningún valor. En efecto, los hijos —o quienes ocupen un lugar equivalente— deben ser vistos como personas que, en relación con el ayunador, sólo atinan a hacer cálculos y a pensar en cifras atendiendo a porcentajes e intereses (v. gr.: cuánto dinero deja el alquiler de las propiedades del octogenario y cuánto se "pierde" de ese dinero por el pago del geriátrico). También deben presentar rasgos típicos de aquellos déspotas arbitrarios e ignorantes —a quienes los otros no les interesan en absoluto— que se enfurecen cuando los demás se niegan a ocupar el lugar de meros objetos útiles (tanto el hecho de haber decidido que el paciente fuera expulsado de su hogar como el de haberlo llevado de manera compulsiva a una institución refuerza esa imagen). En el momento en que el sujeto siente que para este otro especulador y despótico ya no vale ni siquiera como objeto de especulación, y si considera, al mismo tiempo, que ya se lo decretó como carente de todo valor comercial, el no comer se constituye en el último recurso de goce autoerótico, y el deslizarse hacia la muerte en la única manera de vengarse (Maldavsky, 1993, 1994, 1997).



Claro que, aunque en muchas oportunidades exista una coincidencia prácticamente absoluta entre la representación de los otros —como especuladores y despóticos— que impera en la mente del paciente y las posturas que realmente adoptan sus allegados, esa coincidencia no da cuenta de lo que sucede en todo el universo de ancianos que apelan a la restricción alimentaria como modo de arribar a la autosupresión. Se trata, más bien, de la proyección de un sector de la mente del propio paciente en el que opera esa lógica especulativa y esa posición despótica, ahora atribuida a los otros (Freud, 1922b [1921]).

Otros pacientes se dejan morir por inanición en la tercera edad a causa de las heridas narcisistas que las enfermedades o la vejez misma les infligen. El deterioro del cuerpo, la invalidez, la pérdida de un rol protagónico en la familia o en el trabajo, la necesidad de usar pañales y la mirada de pena o de rechazo mal disimulado de quienes antes los respetaban y admiraban, producen en ellos un colapso narcisista insuperable.

Como señala Bleichmar (como se cita en Alizade, 1995), *“El bienestar físico desde la perspectiva del narcisismo es visto como un mérito del yo”* (pág. 127). Kernberg (1975) también alude a los efectos de la salud o la enfermedad sobre el equilibrio narcisista: *“Un buen estado de salud reafirma tanto la integridad del sí-mismo como su catectización libidinal. Puesto que las imágenes corporales ejercen una poderosa influencia sobre las primitivas representaciones de sí-mismo y las primeras gratificaciones instintivas intrapsíquicas están estrechamente ligadas con el restablecimiento del equilibrio fisiológico, la salud y la enfermedad físicas constituyen determinantes decisivos del equilibrio normal o anormal de la catectización narcisista”* (pág. 282).

De cualquier modo, los ancianos que no padecen trastornos narcisistas sobrellevan mejor las cargas de la vejez. Los que se entregan a la muerte por inanición, en cambio, dieron señales a lo largo de toda la vida de sufrir una marcada fragilidad en el campo del narcisismo. La negativa a comer (en ocasiones acompañada de burlas y mentiras más o menos veladas a los médicos) está, en estos casos, precedida por intensos sentimientos de



vergüenza, y es la consecuencia directa de una intensa furia narcisista (Kohut, 1971, 1978).<sup>9</sup>

Si bien la inmensa mayoría de los seres humanos tiende a reaccionar con malestar y enojo frente a las heridas narcisistas, los sujetos que padecen trastornos narcisistas quedan arrasados por la furia cada vez que ellos mismos, o los objetos (percibidos como meras extensiones del yo), no responden a sus expectativas. Dichos pacientes necesitan sentir que controlan de manera absoluta todo lo que les ocurre o lo que sucede en el exterior. Cuando pierden el control del mundo arcaico en el que se mueven, padecen un desmoronamiento de la autoestima y responden con violenta furia narcisista. Las heridas narcisistas los llevan a atacar con vehemencia a cualquier ofensor que se atreva a oponérseles, a estar en desacuerdo con ellos o superarlos. Desde allí, pueden golpear a la esposa porque se demoró en regresar del almacén, impedirle el ingreso a la casa cuando vuelve de visitar a un familiar, o insultar a los hijos porque pretenden tomar sus propias decisiones (demostrando que ya no están dispuestos a hacer permanentemente las cosas como el padre decreta que "se deben hacer").

Si algo impide que la furia narcisista se dirija hacia el objeto (sin importar que la haya desatado la conducta de los otros o las fallas del propio cuerpo), la corriente agresiva puede cambiar de foco y apuntar al yo o a la representación del cuerpo. En el primer caso, el resultado suele ser una depresión autodestructiva como la que nos ocupa, mientras que en el segundo, tiende a desencadenarse una afección psicosomática (Kohut, 1978).

---

<sup>9</sup> Bleichmar (1997) señala que la vergüenza está relacionada con la sensación de no ser merecedor de una respuesta afectiva deseada. En el sentimiento de vergüenza, dice Bleichmar, hay una dimensión que es esencial y que se encuentra ausente en la culpa: *"la presencia real o fantaseada de un otro significativo que sería testigo de las fallas del sujeto"* (pág. 55). La culpa y la vergüenza se diferencian, entonces, no sólo por el tema (en la vergüenza lo esencial es la preocupación por el valor del sujeto, mientras que en la culpa predomina la preocupación por el estado del otro y la identificación con el sufrimiento de éste), sino también por los elementos estructurales que participan. La culpa es el resultado de un conflicto intrapsíquico entre el yo y el superyó; en la vergüenza, en cambio, se fantasea la presencia actual o futura de un otro que miraría al sujeto con desprecio.

#### 4.13 Las anorexias en la esquizofrenia

En la esquizofrenia, la restricción alimentaria puede formar parte tanto del negativismo como de una elaboración delirante o un fenómeno alucinatorio.

Como destaca Abraham (1908), los pacientes esquizofrénicos dan por momentos la impresión de ser extremadamente sugestionables. Pero esa sugestibilidad —diferente en muchos aspectos fundamentales a la observable en la histeria— es una mera ausencia de lucha contra las influencias externas; los esquizofrénicos simplemente suelen ser demasiado indiferentes como para oponerse a lo que se les plantea. Sin embargo, de la obediencia automática pueden pasar fácilmente a la resistencia, negándose a aceptar cualquier cosa que se espere de ellos. Dicho negativismo lleva, en muchas ocasiones, a que los pacientes se rehusen a comer.

En lo que hace a las elaboraciones delirantes o los fenómenos alucinatorios de los esquizofrénicos, Abraham (1908) señala que, el aislamiento autoerótico de los pacientes no sólo afecta la conducta reactiva sino también la actitud receptiva. Se cierran a las percepciones sensoriales de la realidad y atienden con especial interés a las percepciones de naturaleza alucinatoria originadas en el inconciente. El esquizofrénico *"se concede a sí mismo el monopolio para el abastecimiento de impresiones sensoriales"* (Abraham, 1908, pág. 57). Por ello, mientras un enfermo de esquizofrenia se niega a comer sosteniendo que desde hace tiempo subsiste con la energía estelar que le llega desde una galaxia lejana, otro, p. ej., alucina la ingesta de alimentos mundanos en lugar de realizarla.

Si la restricción alimentaria lleva a la necesidad de alimentarlo por sonda o perfusión, el paciente puede concebir a cualquiera de estas medidas como una intrusión destructiva y desarrollar delirios de tipo persecutorio. Así, un paciente observado por Abraham (1908) —a quien su madre llamaba *"el espíritu que siempre niega"* a causa de su tendencia a la contradicción— debió ser alimentado con sonda tras rechazar la comida por un tiempo excesivamente prolongado. Las cavilaciones del joven lo llevaron a considerar la colocación de la

sonda como un acto de pederastia y comenzó a ver a su médico como un perseguidor homosexual.

Aunque por lo general, el interés del esquizofrénico por sus ocupaciones –y por la gente que lo rodea– va desapareciendo en la misma medida en que el enfermo se abstrae en sí mismo, sus delirios y alucinaciones pueden llevarlo a desplegar una notable actividad. Esta tendencia a realizar una labor sin descanso se asemeja en lo manifiesto, pero difiere en cuanto a su origen, con la hiperactividad de quienes padecen anorexia nerviosa. El esquizofrénico hiperactivo no busca generar mecanismos autocalmantes (Losinno y Vera, 1995); está actuando en función de un delirio o cumpliendo con indicaciones que derivan de sus objetos alucinados (los extraterrestres, v. gr., le ordenan recolectar, en un tiempo acotado, la mayor cantidad posible de datos que les permitan descubrir la clave para neutralizar las defensas militares de nuestro planeta).

Toro y Vilardell (1987) destacan que, si bien se han descrito algunos casos de anorexia nerviosa que evolucionaron hacia un síndrome esquizofrénico, y ciertas pacientes pueden llevar a engaño por sus graves distorsiones de la realidad, las causas del rechazo del alimento en la esquizofrenia *“nada tiene que ver con las motivaciones propias de la anorexia”* (pág. 142).

#### **4.14 Las anorexias en la melancolía**

En los pacientes melancólicos se observa frecuentemente la negativa a comer. Pero en estos casos –además de los habituales trastornos dispépticos que pueden llevar al rechazo de los alimentos– encontramos un intenso deseo inconsciente de devorar y destruir al objeto amado. Los trabajos pioneros de Abraham (1916) arrojan luz sobre el origen de los sentimientos de culpa del paciente melancólico; sus supuestos pecados son, en última instancia, actos prohibidos ligados al comer. Para estos pacientes, *amar* a alguien es exactamente lo mismo que comer algo bueno. Desde allí se entiende la frecuencia con que se rehusan a ingerir alimentos. El melancólico *“se conduce como si sólo la completa*



*abstención de comer pudiera impedirle llevar a cabo sus impulsos reprimidos. Al mismo tiempo se amenaza con el único castigo que está en armonía con sus impulsos canibalísticos inconcientes: la muerte por inanición*" (Abraham, 1916, pág. 211).

Pura Cancina (1992) encontró que, un grupo de las pacientes que presentan muchos de los caracteres del síndrome de Cotard padecen, además, de anorexia. Las pacientes observadas por Cancina (1992) suelen quejarse de ser *"una masa amorfa que no puede moverse"* (pág. 46). El síndrome de Cotard es un delirio sistemático, secundario de la melancolía, que, en sus formas típicas, comprende ideas de negación (*"el enfermo niega la existencia de sus órganos"* y *"llega incluso a negar la existencia de su cuerpo, de sus padres, de sus amigos, de la muerte, de los lugares, del tiempo y del mundo"*), de inmortalidad (*"se cree condenado a no morir, para sufrir eternamente"*) y de enormidad (*"por ejemplo, pretende que su cuerpo se infla desmesuradamente e invade el universo"*) (Ey, Bernard y Brisset, 1965, pág. 239). Las ideas de negación hicieron que, en 1882, Cotard le diera a esta forma clínica —a la que veía como la contrapartida del delirio de persecución— el nombre de "delirio de negación" (Bercherie, 1980). A diferencia del paranoico, que puede rechazar los alimentos por desconfianza, quien desarrolla un delirio de negación es capaz de permanecer largo tiempo sin comer porque supone, entre otras cosas, que su estómago ha sido destruido.

Por su parte, Nieves Soria (2000), en un trabajo presentado en 1993 en las Primeras Jornadas de G. E. M., de la Escuela de Orientación Lacaniana, atiende a las diferencias estructurales que subyacen a la anorexia melancólica y a la anorexia histérica. Soria (2000) relata los pormenores de un fracaso clínico derivado de diagnosticar a su paciente como histérica cuando debería haber detectado que, en realidad, se encontraba frente a una joven que padecía un trastorno melancólico. Luego de hacer un repaso de lo sucedido en el tratamiento concluye: *"Es probable que la indeterminación en la que dejaba mis intervenciones haya propiciado el pasaje al acto, que consistió en hacerse innumerables cortes superficiales con una hoja de afeitar en ambas piernas,*

*desencadenándose además una transferencia negativa que me llevo a derivarla"* (pág. 159).

#### **4.15 Las anorexias en la paranoia**

Al igual que los pacientes afectados por otras patologías, los paranoicos también pueden presentar síntomas ligados a la restricción alimentaria. Brusset (1977) señala que a menudo son vegetarianos, y que el rechazo de la carne suele estar sostenido por una construcción delirante. Una breve viñeta clínica ilustra acerca de cómo puede explicarse a sí mismo un paciente una severa limitación alimentaria basada en fantasías persecutorias. El paciente, de veintitrés años —derivado al Centro de Investigaciones Charles Lasègue con un diagnóstico erróneo de anorexia nerviosa— exhibía delirios muy elaborados desde hacía más de diez meses. Entre otras cosas que lo llevaban a desconfiar de su madre, sospechaba que ella había sido la causante del cáncer de estómago padecido por el padre. Suponía que la comida preparada por la madre, especialmente la carne, era el "veneno" que "devastó" los órganos del padre. Con el tiempo extendió la aprensión a la carne en general —sin importar ahora quien la cocinase— y terminó ingiriendo sólo algunos vegetales a los que masticaba sistemáticamente sesenta veces antes de tragarlos.

Brusset (1977) refiere, además, que los pacientes paranoicos pueden, por temor al envenenamiento, aceptar exclusivamente alimentos provistos de un envoltorio al que suponen difícil de adulterar, por ejemplo, huevos o determinados frutos. En ciertos casos, la negativa a comer deriva de una alucinación, puesto que las voces le ordenan al paciente no comer (Baravalle, Jorge y Vaccarezza, 1993)

Pero si dejamos de lado lo que acontece en el tercer momento de la paranoia, el repositivo (caracterizado por los delirios y alucinaciones), y atendemos al segundo, el de la retracción narcisista (con componentes megalomaniacos), encontramos que los paranoicos pueden negarse a comer porque suponen que quien los alimenta es un déspota loco, que disfruta

sometiéndolos a sus caprichos. La restricción alimentaria tiene, entonces, el valor de un desafío que consolida la posición arrogante y justiciera del yo.

#### **4.16 Las anorexias histéricas**

En la histeria, la negativa a comer puede provenir de una sensación de cierre de la garganta, derivada a su vez de una frase equivalente a *"no lo trago"*. Como indica Maldavsky (2000b), aquello que en la histeria no se está dispuesto a tragar, en ciertas ocasiones se trata de una afirmación atribuida al interlocutor (tragar = creer), mientras que en otras, lo intragable queda ligado a un acto agravante, abusivo y arbitrario (alimento = afrenta). El componente conversivo *"puede incluir también los sentimientos de asco hacia la comida, así como la eficacia de algunas fantasías de identificación con el sexo opuesto, y en especial en las púberes y adolescentes, el deseo y el temor en relación con una consumación incestuosa"* (Maldavsky, 2000b, pág. 76).

Por otra parte, encontramos muchas jóvenes histéricas diagnosticadas como anoréxicas —es decir, con un diagnóstico de anorexia nerviosa— que en realidad están meramente identificadas con una hermana, una amiga o una modelo publicitaria famosa que sí padece anorexia nerviosa. Cuantos más rasgos de anorexia nerviosa adquiera la joven histérica por identificación con aquel objeto, tanto mayor será la posibilidad de ser confundida —sobre todo por profesionales poco experimentados— con alguien que efectivamente padezca anorexia nerviosa. Al comparar veinte histéricas habituadas a vomitar, con pérdida de peso y veinte anoréxicas vomitadoras, Garfinkel *et al.* (como se citan en Toro, 1987) descubrieron las siguientes diferencias estadísticamente significativas:

1. En las jóvenes histéricas el trastorno comenzó más tarde que en las anoréxicas.
2. Las primeras pertenecían a una clase social más alta.



3. Sus puntuaciones en el EAT –mide la preocupación por la delgadez y el temor a engordar– eran inferiores en el caso de las histéricas que en de las anoréxicas.
4. También las histéricas mostraban menos preocupación por las dietas.
5. A diferencia de las anoréxicas, quienes sobrevaloraban la imagen corporal, las histéricas infravaloraban ligeramente el tamaño de su cuerpo.
6. Las histéricas deseaban tener un peso más alto y se sentían menos insatisfechas con el cuerpo que aquellas que padecían anorexia nerviosa.
7. Las jóvenes histéricas poseían una mayor sensación de autocontrol que las anoréxicas.
8. Las jóvenes que padecían anorexia nerviosa se mostraban más obsesivo-compulsivas que las histéricas.
9. Las histéricas tenían relaciones sociales más sólidas.
10. Las histéricas habían sufrido más enfermedades e intervenciones quirúrgicas que las anoréxicas.

A esta larga lista de diferencias podemos sumar la capacidad de las pacientes histéricas para establecer transferencias positivas y la eficacia, en el tratamiento, de la interpretación de contenidos inconscientes. Brusset (1977) agrega que, si bien en la anorexia histérica se observa la *"sublime indiferencia"* ante el síntoma, las pacientes sistemáticamente se inquietan por sus consecuencias (el adelgazamiento o la debilidad consecuente con la restricción alimentaria). Además, recuerda que, de existir, a diferencia de lo que advertimos claramente en la anorexia nerviosa (donde los mecanismos son más dañinos y primitivos), la reivindicación de autonomía y de poderío en la histeria es del orden de los beneficios secundarios, o perteneciente al campo de los rasgos del carácter.

## Capítulo 5

### Las perspectivas actuales

Como señala Brusset (1977), el padecimiento al que llamamos anorexia nerviosa ha esquivado siempre las tentativas de síntesis. Pese a ello, en las últimas décadas, muchos autores efectuaron valiosos aportes teóricos destinados a hacer inteligibles las causas del trastorno y a mejorar los métodos para tratarlo.

#### 5.1 La anorexia nerviosa y el modelo de las enfermedades psicosomáticas

Salvador Minuchin (1984) sostiene que la anorexia nerviosa es una enfermedad psicosomática. Según Minuchin (1984), la respuesta somática a la tensión psicológica encuentra un terreno fértil en las familias donde la entrega, la lealtad al grupo y el bienestar de éste son los valores fundamentales. El control de la familia que ejerce la anoréxica con su restricción alimentaria sólo es superado, dice Minuchin, por el control riguroso —disfrazado bajo la forma de *“preocupación y protección”* (pág. 99)— que practica la madre de la paciente. Minuchin (1984) cree que, como las familias psicosomáticas utilizan una gama inagotable de recursos para evitar los conflictos explícitos, el terapeuta debe estimular a sus miembros para que se ejerciten en el difícil arte de tolerar las controversias *“en zonas de autonomía normal”* (pág. 99).

Ukaski *et al.* (1996) encuentran, en las familias de sus pacientes anoréxicas, las mismas características observadas por Minuchin en las familias psicosomáticas: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y no resolución de conflictos. En ese marco, afirman Ukaski *et al.* (1996), *“la involucración de la hija en el conflicto parental aparece como la clave que sustenta el síntoma anoréxico”* (pág. 124). Según Ukaski *et al.* (1996), la anoréxica *“se ve involucrada en el conflicto parental de un modo particular: padres incapaces de resolver sus*

*conflictos, unidos para proteger a su hija enferma evitan enfrentarse mediante el rodeo de la protección, o bien, un conflicto marital convertido en conflicto parental referido a la hija y cómo tratarla"* (pág. 125).

Winnicott (1964) es otro de los autores que incluye a la anorexia nerviosa dentro del campo de la enfermedad "psico-somática". Pero en su teoría presta especial atención al guión que separa el término *psico* del término *somática*. Para Winnicott (1964), *"la enfermedad psico-somática implica una escisión en la personalidad del individuo, con debilidad en la conexión entre la psique y el soma, o una escisión organizada en la mente en defensa contra una persecución generalizada del mundo repudiado"* (pág. 22). Winnicott (1964) afirma que lo característico del trastorno psico-somático no consiste en el funcionamiento patológico (la anorexia, por ejemplo), sino en la persistencia de dicha escisión.

Desde una teoría de los procesos de maduración, toma en cuenta dos ideas fundamentales:

1. En la vida se parte de un estado primario no integrado acompañado de una tendencia a la integración.
2. El fracaso materno en la tarea de reforzar el yo del infante —fracaso basado en la falta de capacidad de adaptación de la madre— deja al niño sin los elementos requeridos por el proceso de maduración para desarrollar una integración psico-somática (*"realización del «morar dentro» de la psique en el soma"*, unido al *"goce de la unidad psico-somática en la experiencia"*) (pág. 21).

La expresión *"morar dentro"* describe, para Winnicott (1964), tanto el morar de la psique en el soma como el morar del soma en la psique. Cuando este *"morar dentro"* se sostiene, dice Winnicott (1964), el funcionamiento corporal refuerza el desarrollo del yo y el desarrollo del yo refuerza el funcionamiento corporal. También las alucinaciones autoscópicas experimentadas por quienes



padecen anorexia nerviosa o bulimia pueden explicarse, desde el modelo de Winnicott (1964), por un fallo en la sensación de *"morar dentro"* del cuerpo.<sup>10</sup>

En *El miedo al derrumbe*, Winnicott (1974) señala que la restricción alimentaria, el no aprender y la glotonería compulsiva derivan muchas veces del temor al vacío. Según Winnicott (1974), el sentimiento de vacío es la condición previa a las ganas de recibir, pero se hace necesario un grado de madurez considerable para que este estado llegue a tener sentido. Por ello, Winnicott (1974) formula la siguiente hipótesis: al no comer, las anoréxicas están intentando generar un vacío controlado (con el objetivo de defenderse del horroroso vacío incontrolable al que temen más que a nada en el mundo).

Békei (1984) considera a la anorexia nerviosa una enfermedad psicosomática con síntomas neuróticos y fronterizos agregados. Incluye a la enfermedad psicosomática *"entre la serie de perturbaciones narcisistas que surgen en diferentes momentos preedípicos de la evolución y debido a distintos defectos en la relación madre-hijo primitiva"* (pág. 74). La anorexia nerviosa es, para Békei (1984), un cuadro psicosomático condicionado en la primera infancia (a causa de ciertas fallas en la relación simbiótica o del momento de su disolución) y desencadenado en la adolescencia (por una familia aglutinada que impide esta segunda individuación, del mismo modo que impidió la primera).

En el marco de la relación diádica que la anoréxica mantiene con la madre,<sup>11</sup> dice Békei, la agresión hacia ésta queda prohibida. A causa de dicha prohibición, agrega Békei (1984), la joven sólo puede dirigirla en dirección al propio self, instaurando así la autoagresión patognomónica.

Los rasgos neuróticos que aparecen en la anorexia nerviosa son, en la teoría de Békei (1984), meros agregados secundarios, ya que los verdaderos

<sup>10</sup> Jaspers (1913) define a las alucinaciones autoscópicas o heautoscópicas de la siguiente manera: *"Heautoscopía se llama al fenómeno que consiste en percibir el cuerpo, en el mundo exterior, como un segundo Yo, sea en verdadera percepción, sea en mera representación, en delirio o en la cognición corpórea"* (págs. 115-116). Jaspers señala que: *"puede aparecer en estados oníricos, en lesiones orgánicas del cerebro, en delirios febriles, en la esquizofrenia, siempre con una alteración al menos ligera de la conciencia: sueño de vigilia, embriaguez tóxica, sueños, delirio"* (pág. 116). La identidad del fenómeno, dice Jaspers, *"consiste en que el esquema corporal de nuestra propia figura adquiere realidad en el espacio fuera de nosotros"* (pág. 116).

<sup>11</sup> La madre de la anoréxica la acapara para sí *"por falta de un padre que se interponga entre las dos"* (pág. 214).

conflictos edípicos no son posibles por la ausencia de relaciones triangulares. Békei (1984) cree también que los rasgos psicóticos que eventualmente exhiben las anoréxicas *"prueban la estrecha vecindad del proceso psicosomático con el proceso psicótico e ilustran la función defensiva de la anorexia nerviosa contra la psicosis"* (pág. 214).

Desde otra perspectiva teórica, Tonelli (1995) sostiene que quienes padecen anorexia nerviosa o bulimia no despliegan síntomas *"que puedan calificarse de «síntomas analíticos» con las acepciones implícitas de mensaje, metáfora y goce"* (pág. 148). Para Tonelli (1995), el trastorno es similar al de otros sujetos que también presentan fenómenos de anomalía de la conducta (por ejemplo, los toxicómanos); funciona como una protesta —frecuentemente egosintónica— dentro de la cual el *"síntoma indica sólo un malestar en el plano social y familiar"* (pág. 148). Tonelli (1995) considera que, si bien es posible analizar a quienes padecen anorexia nerviosa o bulimia, generalmente se requiere un trabajo previo para que surjan las condiciones necesarias para realizar dicha tarea. El problema, dice Tonelli (1995), *"es que la medicina y la psiquiatría contribuyen a menudo a impedir que aparezcan estas condiciones a través de actos que tienden a silenciar o modificar el inconsciente, en sus intentos de resolver el síntoma, sin dejar pasar el tiempo necesario para que aflore lo particular de un determinado sujeto"* (pág. 149). Tonelli (1995) cree que el psicoanalista debe hacerse cargo inmediatamente de los pacientes, reconociendo ante todo sus propias limitaciones. Piensa que esa medida *"puede hacer que a su vez el médico y el psiquiatra redimensionen el «furor sanandi» y consideren sus intervenciones como respuestas parciales, comprometiéndose a respetar la subjetividad de los pacientes"* (pág. 149).

Dejando explícitamente de lado el paradigma que llama *psicosomáticas* a unas pocas enfermedades, Zukerfeld (1993, 1999) destaca las ventajas del modelo de la vulnerabilidad y desde allí aplica el concepto de *enfermedad psicosomática* a los trastornos de la conducta alimentaria. Para Zukerfeld (1993, 1999), el modelo de la vulnerabilidad debería reemplazar al de las series complementarias freudianas y ser aplicado a todas las patologías. Zukerfeld

(1993, 1999) afirma que la enfermedad es el producto de una serie de factores que crean una disposición a enfermar y de otros que llevan a que se desencadene la enfermedad (y que, a su vez, son influidos por ella). En el panel de la Jornada: *Psicosomática hoy*, organizada por la Carrera de Psicología de la Universidad de Morón, Zukerfeld (2003) presentó el siguiente esquema:



El esquema muestra que la vulnerabilidad para enfermar es el producto de la articulación de los factores biológicos predisponentes (los primeros en el orden temporal) con los sucesos traumáticos infantiles. La enfermedad también encuentra condiciones necesarias, aunque no suficientes, en: a. El tipo de redes vinculares (que pueden propiciar la enfermedad y alterarse después que se instaló), b. La calidad de vida (que puede crear condiciones que llevan al enfermar y, a posteriori, deteriorarse con la enfermedad), c. El ideal cultural dominante y d. Las conductas no saludables.

Dentro de los sucesos con mayor eficacia traumática, Zukerfeld (1999) sitúa a los sucesos traumáticos tempranos —ocurridos en los primeros años de vida— y los sucesos tardíos “que ocurrieron sin el acompañamiento de figuras significativas que funcionan como atenuadoras del impacto traumático” (pág. 73).

Los ideales culturales dominantes son, para Zukerfeld (1999), aquéllos que permiten regular la autoestima (a mayor concordancia entre la representación



que el sujeto tiene de sí mismo y el ideal cultural, mayor autoestima). El ideal al que Zukerfeld (1999) llama *eficientismo*, propiciaría la aparición de eclosiones somáticas. El de *inmediatés*, favorecería la instauración de adicciones. El de *cambio corporal*, por su parte, contribuiría a que se manifiesten los trastornos alimentarios. Las conductas saludables tendrían la función de evitar la aparición de la enfermedad o de impedir que ésta se agrave, cuando ya se ha instalado (v. gr., la dieta restringida lleva a que se haga más fácil la aparición de atracones).

Urman (1990) distingue la anorexia nerviosa, a la que considera "*como síndrome de una enfermedad psicosomática*" (pág. 442), de la anorexia conversiva (neurótica). Su interés por la precisión diagnóstica lo lleva a destacar las diferencias fundamentales que observa entre las primeras, a las que denomina *normadas*, y las segundas, a las que llama *histéricas*. Urman (1990) dice:

1. En la anorexia normada, los síntomas no tienen valor simbólico (aunque secundariamente puedan adquirirlo), el vínculo patógeno es diádico y la relación con el objeto es esencialmente narcisista. Los síntomas de la anorexia histérica expresan fantasías edípicas y se relacionan con un deseo de embarazo oral reactivado en la pubertad.
2. El punto de fijación de la anorexia normada es el oral (por destete psíquico traumático). Los elementos anales y edípicos se agregan secundariamente. En la anorexia histérica, se produce una fijación a la etapa fálica con regresiones formales posteriores a la etapa oral y anal.
3. En la anorexia normada las relaciones de objeto son de un orden estrictamente narcisista. Los objetos "*replican al sujeto o son sus dobles, alojando proyectivamente sus aspectos críticos y exigentes o su desvalimiento y vulnerabilidad*" (pág. 444). En la anorexia histérica, los objetos son investidos con libido objetal y discriminados como totales.
4. En la anorexia normada la autoestima se incrementa por la capacidad para soportar el dolor, sofocar los afectos y desestimar las necesidades del cuerpo (sobre todo el hambre). En la anorexia histérica, la autoestima aumenta en función del amor que se recibe del objeto, por el cumplimiento de los ideales

estéticos y por *"el castigo que recibe el cuerpo erógeno con el que rivaliza con su madre"* (pág. 445).

5. El aparato psíquico de las anoréxicas normadas se ve frecuentemente arrasado por la angustia automática. Las anoréxicas normadas también padecen *"angustias cercanas a las psicóticas (temor al derrumbe, terror sin nombre) y temen la despersonalización"* (pág. 446). En la anorexia histérica opera normalmente la angustia señal. Dicha angustia se exacerba especialmente ante situaciones que se relacionan de algún modo con la sexualidad.
6. Las anoréxicas normadas se han sometido a los ideales maternos o familiares excluyendo y escindiendo la sexualidad. Así, *"al exigirse ser asexuadas, etéreas y puras, aspiran a ser estimadas por lo que son, cultural o éticamente, y no deseadas por lo que muestran, sus cuerpos o sus sentimientos"* (pág. 446). Las anoréxicas histéricas, por lo contrario, no vacilan en recurrir a sus encantos para asegurarse el amor del objeto.
7. El cuerpo desinvertido de la anoréxica normada *"es escenario de experiencias preverbales, sobre todo en relación al vínculo ambivalente con el objeto materno patógeno y al crítico tránsito hacia la separación e individuación"* (pág. 446). En la anorexia histérica, el cuerpo expresa los conflictos inconcientes apelando a la conversión.
8. En las anoréxicas normadas, hay desvitalización del fantaseo y la mentalización (con predominio del pensamiento operatorio o concretizado). En la anorexia histérica sucede todo lo contrario: abundan las fantasías reprimidas y las ensoñaciones concientes —vivas y coloridas— relacionadas con la novela familiar.
9. En las anorexias normadas el pensamiento *"es pobre en metáforas y vivacidad, con holofrases y frases hechas, plagado de fórmulas prácticas y lógicas sobre problemas concretos y evidencias empíricas, alejado de significaciones no manifiestas"* (pág. 447). El discurso de las anoréxicas histéricas está plagado de imágenes analógicas y pictóricas, articuladas con fantasías y complejos representacionales de elevado nivel organizativo.

10. Las defensas hegemónicas en las anorexias normadas *"son la desestimación, la escisión y la proyección patológica"* (pág. 448).<sup>12</sup> La corriente psíquica predominante en la anorexia histérica es la represión.
11. Debido a las defensas que organizan el aparato psíquico (desestimación, escisión y proyección patológica), en la anorexia normada la actividad masturbatoria es escasa, sin demasiado valor erótico y repetida casi exclusivamente para descargar la tensión sexual somática. Los noviazgos de las anoréxicas normadas, al introducir la conflictiva adolescente que ellas y sus familias rechazan, tienden a desestabilizar la homeostasis familiar. En la anorexia histérica, en cambio, la masturbación infantil y adolescente suele acompañarse con fantasías y despertar un gran placer en las zonas erógenas. Los enamoramientos apasionados —con objetos que reciben altas cargas de idealización— les permiten a muchas jóvenes histéricas superar las resistencias y las objeciones morales que les impiden tener relaciones sexuales.
12. En las anoréxicas normadas *"las identificaciones son rápidas, superficiales y miméticas; no pueden, por fallas empáticas, captar los deseos y sentimientos de los objetos ni transmitir los suyos. En los momentos regresivos pueden predominar las identificaciones primarias. Hay un déficit de imagos paternas como agentes discriminantes, como objetos auxiliares y modelos protectores"* (págs. 448-449, resaltado agregado). En la anorexia histérica, en cambio, los síntomas derivan de un conjunto de identificaciones secundarias que, en última instancia, remiten a los padres. El anhelo de delgadez puede expresar, por desplazamiento, un contagio afectivo (Freud, 1921c), el deseo de parecerse a un objeto idealizado, la imitación, por culpa, de una madre deprimida y pre-menopáusica, o expresar el rechazo a la obesidad de la madre y el deseo de superarla.

---

<sup>12</sup> Freud (1905d, 1912-13, 1925h) distingue tres tipos de proyecciones: a. La proyección no defensiva, que crea la zona erógena y el resto de la exterioridad, b. Las proyecciones defensivas normales, que arrojan al exterior lo displacentero que provino de allí, y c. Las proyecciones defensivas patógenas, que pretenden tramitar por la vía de la expulsión un conflicto que resulta imposible de solucionar con recursos intrapsíquicos más complejos.



13. Las anoréxicas normadas no tienen conciencia de sus celos, de los que suelen librarse apelando a la proyección defensiva patológica. En la anorexia histérica sobresalen los sentimientos de exclusión, los celos edípicos y la rivalidad con la madre fantaseada como fálica.
14. En las anorexias normadas se advierten grupos familiares aglutinados, *"con dificultad para hacer separaciones generacionales. Las crisis y conflictos internos de su estructura están ocultos por los mitos familiares. Ambos padres basan su propia autoestima en la precoz conexión de la hija con el mundo externo y en su autonomía; minimizan los desacuerdos que pueden surgir en la pareja y sus fallas empáticas. Rechazos tempranos del padre a la hija son frecuentes en las anorexias normadas y no en las anorexias histéricas. El padre es nutricio, no interviene normativamente y no interfiere, como borde discriminante, en el vínculo simbiótico que la madre establece con la hija. La sobreocupación del padre puede disimular su posición periférica familiar. La madre es dominante, invasora, sobreprotectora, infantil y colérica"* (Pág. 450, resaltado agregado). En las familias de las anoréxicas histéricas los roles están más y mejor definidos. El padre idealizado ejerce su normatividad y frustra adecuadamente los deseos incestuosos de su hija (aunque puede alimentar secretamente la relación conflictiva de ésta con su madre). La madre tiende a reprimir la sexualidad de la hija y a advertir como peligrosos los cambios físicos y psíquicos de la pubertad.
15. La anoréxica normada intenta elaborar experiencias traumáticas oral receptivas, en las que el dolor psíquico pugna por integrarse dentro del principio del placer (en el síntoma predominan la autoagresión y la defusión instintiva). El dejarse morir por inanición es un acto suicida sin sentido simbólico, carente de representaciones que lo acompañen. En la sintomatología de la anorexia histérica predomina el principio del placer. Sus síntomas derivan de fantasías sadomasoquistas y suicidas que condensan reproches, autorreproches, sentimientos de venganza y culpa.
16. Las anoréxicas normadas suelen requerir tratamiento psicológico y clínico para restablecer su salud. Por lo común, muestran un intenso negativismo o

un rechazo apenas disimulado ante las prescripciones médicas y terapéuticas. En las anorexias histéricas puede bastar que se modifiquen ciertas situaciones familiares para que el síntoma ceda en intensidad.

17. La falta de conciencia de enfermedad es un signo patognomónico de la anorexia normada. Tanto la paciente como sus padres tienden a estar convencidos de que se trata de un problema físico, fácil de resolver con medios biológicos. En la anorexia histérica, si bien el grado de conciencia de enfermedad es naturalmente variable, siempre parece haber una considerable aceptación de la influencia de conflictos no resueltos y de la participación de factores emocionales.
18. En el tratamiento psicoanalítico de la anorexia normada predominan los silencios tensos, la pobreza asociativa y las resistencias narcisistas. La transferencia operatoria (sobreadaptación transferencial) hace que la paciente —repetiendo la relación diádica patógena— trate de amoldarse compulsivamente al terapeuta y a su encuadre. En la anorexia histérica, se instalan rápidamente transferencias eróticas (sublimadas o directas) u hostiles (cuando la paciente se siente rechazada o poco valorada).
19. El discurso vacío y desvitalizado de las anoréxicas normadas tiende a generar en el terapeuta reacciones contratransferenciales de aburrimiento (que debilitan y reemplazan paulatinamente el interés inicial). *“La erotización transferencial en el caso de las anorexias normadas es un indicador de buen pronóstico”* (pág. 454). En la anorexia histérica, cuando la transferencia se erotiza, el analista suele ver puesta a prueba su capacidad para discernir dentro de sí y dominar la contratransferencia erótica.
20. El papel del terapeuta, en el tratamiento de las anoréxicas normadas, es acompañar el proceso de ligadura elaborativa que realiza la paciente. También debe proporcionarle elementos para la construcción de escenas fantasmáticas, partiendo de sus sensaciones, sentimientos e imágenes. Por otro lado, *“el tratamiento del grupo familiar, de un modo análogo a lo que acontece con los pacientes psicóticos, es una condición necesaria para asegurar un pronóstico favorable y preservar al tratamiento de una*

*interrupción, de otro modo casi inevitable (...) ni bien los síntomas remiten"* (pág. 454). En las anorexias histéricas, el analista realiza un análisis clásico, interpretando los contenidos agresivos o autoagresivos ocultos detrás de los síntomas.

## 5.2 Anorexia nerviosa y esquizofrenia

Después de examinar a Ellen West, una anoréxica purgativa que evolucionó a la bulimia, Eugen Bleuler diagnostica *esquizofrenia simple*. En 1944 Binswanger sostiene que la joven padece *esquizofrenia simplex* de tipo polimorfo (pág. 425).

Al cambiar su marco teórico –pasó del paradigma psicoanalítico al sistémico– Selvini Palazzoli (1982) comienza a ver al paciente anoréxico como miembro de una familia anclada en la interacción esquizofrénica. Basándose en los modelos que ofrecen la cibernética y la pragmática de la comunicación, Selvini Palazzoli (1982) considera que cada miembro de la familia es un elemento más de un circuito de interacción que no posee poder unidireccional alguno sobre el conjunto. Como desde esos modelos la conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente sobre la de los otros miembros, Selvini Palazzoli (1982) dice en *Paradoja y contraparadoja* que es *"epistemológicamente erróneo considerar su comportamiento como la causa del comportamiento de los demás. Esto es debido al hecho de que cada miembro influye sobre los otros y es a su vez influido por los demás. Actúa sobre el sistema pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema"* (pág. 13, resaltado en el original).

Siguiendo a Bowen, Selvini Palazzoli (como se cita en Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1982) cree *"que son necesarias por lo menos tres generaciones para obtener un esquizofrénico"* (pág. 30). Selvini Palazzoli sostiene que en la segunda generación (la constituida por los padres de la anoréxica), además de las soluciones disfuncionales aplicadas al problema de *cómo* vivir, cada miembro de la pareja teme exponerse por temor al rechazo. Ello se debe,



desde el enfoque de Selvini, a que, por lo general, los miembros de la primera generación (los abuelos de la anoréxica) se comportaron con sus hijos siguiendo la premisa de que dar pruebas de aceptación era un signo de debilidad. Los padres de la anoréxica habrían aprendido, así, que confirmar y valorar al otro *“sería acceder a su deseo, sería una pérdida de prestigio, de autoridad. Para mantener tal autoridad será necesario, por lo tanto, no dar nunca confirmación y responder siempre con argumentos evasivos: sí... pero... se podría hacer mejor...”* (pág. 31). Todo esto sucede, dice Selvini Palazzoli (1982), entre dos personas anhelantes de recibir del compañero —elegido justamente por ser *“difícil”*— una confirmación definitiva y una autorización permanente para definir la relación.

Según la autora de *Paradoja y contraparadoja*, la interacción esquizofrénica, dentro de la que el paciente designado como anoréxico despliega sus conductas psicóticas, incluye una serie de maniobras comunicacionales características: descalificación (sobre alguno o sobre todos los componentes del mensaje), tangencialidad, desplazamientos del tema que presuntamente se pretende tratar, amnesias sobre lo acordado con anterioridad y disconfirmación.

Selvini Palazzoli (1982) afirma, además, que la disconfirmación:

1. Es un tipo demoledor de respuesta a la definición que el otro intenta dar de sí mismo en el interior de la relación.
2. No es, en realidad, un rechazo, sino una *“respuesta críptica, incongruente, que conlleva, sustancialmente, el siguiente mensaje: «no doy cuenta de ti, no estás, no existes»”* (pág. 33).
3. Posee una modalidad especialmente funesta, que se activa cuando *“es el autor mismo del mensaje quien se califica como no existente señalando de alguna manera: «yo no estoy, no existo en la relación contigo»”* (pág. 33, resaltado en el original).

Observa también que, a menudo, en las familias donde hay un paciente designado como anoréxico, *“si un miembro de la familia dice algo, aparece siempre alguien listo para hacerle entender, que no lo ha dicho como debía, que*

*debía decirlo de otra manera. Si alguien trata de ayudar a otro, éste le da a entender que lamentablemente no lo hace lo bastante a menudo, o lo bastante eficazmente, en suma, que no lo ha ayudado realmente. Si alguien hace una propuesta, algún otro, rápidamente le da a entender que tiene muchas dudas sobre su derecho a hacer propuestas. Pero si no hace propuestas, se le da a entender que su conformidad con los otros es una pretensión discutible"* (pág. 45).

Por su parte, Hilde Bruch, en *Eating disorders, obesity, anorexia nervosa and the person within* (como se cita en Martín, 2004), se muestra bastante pesimista en lo que hace a la evolución del padecimiento, dado que considera a la anorexia mental primaria como una forma particular de esquizofrenia.

### **5.3 Anorexia nerviosa y melancolía**

Cuando es consultado por el estado psíquico de Ellen West, Kraepelin diagnostica melancolía, recomienda internación y formula un pronóstico totalmente favorable (Binswanger, 1944).<sup>13</sup>

Toro y Vilardell (1987) señalan que los pacientes anoréxicos suelen presentar sintomatología depresiva: estados anímicos en los que predomina la tristeza, llanto frecuente, baja autoestima, retraimiento social, reducción de intereses e insomnio. Hacen referencia al hecho de que en muchas mujeres que padecieron anorexia se observa sintomatología depresiva. También destacan que:

1. Existen hallazgos biológicos que ponen en evidencia alteraciones funcionales del eje neuroendócrino semejantes en la anorexia nerviosa y en los trastornos afectivos.
2. Algunos informes ponen en evidencia los beneficios terapéuticos de los fármacos antidepresivos para tratar trastornos alimentarios.

---

<sup>13</sup> Ellen West se suicidó a los treinta y tres años (por ingestión de una dosis mortal de veneno), poco antes del estallido de la Segunda Guerra Mundial.

3. Varios estudios detectaron trastornos afectivos similares en los familiares de las anoréxicas y en los de los enfermos depresivos.

Yellowlees (como se cita en Toro y Vilardell, 1987), utilizando el *Delusions, Symptoms and States Inventory* encontró, en una muestra de 31 pacientes, un estado depresivo en el 94% de las anoréxicas restrictivas y en el 100% de las anoréxicas de tipo bulimiforme.

Rabih y Gioia (1966) sostienen que la anorexia deriva de una elaboración patológica de los duelos. Al analizar a una paciente que presenta anorexia, actividad homosexual, fobias e intensas fantasías de embarazo permanente, Rabih y Gioia (1966) afirman que la anorexia puede ser entendida interpretando el rechazo de los alimentos como un intento de evitar la reintroyección de un objeto persecutorio previamente proyectado.

En este punto, Rabih y Gioia (1966) adhieren a la propuesta teórica de Grinberg. Según Grinberg (1963), algunos pacientes melancólicos reaccionan con anorexia tras sentir que han destruido al objeto amado.<sup>14</sup> El rechazo absoluto de los alimentos es para ellos, dice Grinberg (1963), una forma de librarse del objeto muerto –destruido en forma oral y equiparado con los comestibles– que pasa a ser juzgado como un perseguidor en la fantasía inconsciente.

Grinberg (1963) distingue dos clases de sentimientos de culpa: la culpa persecutoria y la culpa depresiva. La culpa persecutoria frente al objeto y frente al yo –más antigua en el tiempo– transforma a los objetos (y a los sectores dañados del yo) en persecutorios, determinando la aparición de duelos patológicos que pueden dar lugar a cuadros melancólicos o a otras psicosis. La culpa depresiva, en cambio, crea la posibilidad de una auténtica reparación del objeto y del yo, estimulando el enriquecimiento y la capacidad para sublimar del sujeto.

El mayor peligro para un sujeto que está atravesando un período de duelo, explica Grinberg (1963), *“es la vuelta hacia sí mismo del odio hacia la persona amada y perdida. Una de las formas en que se experimenta el odio está*

---

<sup>14</sup> Los bulímicos, en cambio, al ingerir alimentos en exceso, intentarían incorporar al objeto muerto dentro del cuerpo como una forma de controlarlo.



*determinada por los sentimientos de triunfo sobre la persona muerta. La muerte del otro es sentida entonces como victoria, origina triunfo y aumenta la culpa. Este odio transforma a la persona amada y perdida en perseguidor y hace tambalear su creencia en los objetos buenos internos, trastornándose el proceso de idealización”* (pág. 149). Grinberg (1963) señala que, si se activan dichas constelaciones psíquicas, la anorexia es sentida en el inconciente como un recurso que permite mantener a prudente distancia al objeto muerto y evitar, así, la retaliación.

## **5.4 Anorexia nerviosa y paranoia**

Al comienzo de su carrera, Selvini Palazzoli diferencia conceptualmente los fenómenos que se encuentran en el origen de la fobia neurótica a la gordura de los mecanismos subyacentes al miedo a engordar patognomónico de la anorexia nerviosa.

Para Selvini Palazzoli (como se cita en Brusset, 1977), la anorexia nerviosa es una forma monosintomática de psicosis (intermedia entre la esquizofrenia y la melancolía), en la que el cuerpo se transforma en un objeto malo, a causa de una proyección extrapsíquica pero intracorporal.<sup>15</sup> La desconfianza de la anoréxica con respecto a su cuerpo —un cuerpo registrado como enorme y que crece a expensas del yo— es secundaria a la convicción de que el mismo está poseído por una madre que lo nutre y lo engorda. Este cuerpo, dice Selvini Palazzoli (como se cita en Brusset, 1977), es *“vivido como poseído por la madre se convierte en el objeto malo, considerado como tendente a engordar y peligroso, en tanto que el Yo se confunde con el sí mismo ideal en la megalomanía característica de esa especie de «paranoia intrapersonal»”* (pág. 125).

Como señala Tausk (1919), la creencia en perseguidores que actúan sobre el cuerpo por sugestión o telepatía (sin la ayuda de un aparato de influir)

---

<sup>15</sup> Desde la teoría psicoanalítica, la mente tiene dos exteriores: el propio cuerpo y el mundo externo.

recibe de un sector de la psiquiatría clínica la denominación de paranoia somática (pág. 184). La paranoia intrapersonal de la anoréxica hace, según Selvini Palazzoli (como se cita en Brusset, 1977), que la joven evite un conflicto directo con la madre (derivado de una distorsión de la relación temprana con ella), al sentirse perseguida por el cuerpo.

Salas Ojeda (2004) afirma que la anorexia mental es un síndrome en el que se combinan el delirio alimenticio y la paranoia de belleza. Sostiene también que sus síntomas sustituyen conflictos eróticos inconscientes de orden infantil –preedípicos– con la madre. Dichos conflictos, agrega Salas Ojeda (2004), generan rechazo a la feminidad, a la mujer y a la fertilidad, inhibiendo los impulsos eróticos y libidinales.

## 5.5 La anorexia nerviosa como trastorno borderline

Así como para Békei (1984) los síntomas fronterizos que observa en la anorexia nerviosa son meros agregados a la enfermedad psicosomática de base, desde la óptica de otros autores, la anorexia nerviosa es en sí misma la manifestación de un trastorno fronterizo, borderline o límite.<sup>16</sup>

Al analizar los efectos adversos que la extrema riqueza económica produce en el desarrollo de la personalidad de los adolescentes borderlines, Stone (1983) afirma que la anorexia nerviosa es un síndrome que se desarrolla dentro “del dominio borderline” (pág. 135). En *Problemas especiales de los adolescentes borderline provenientes de familias ricas*, Stone (1983), siguiendo los criterios de Otto Kernberg, define lo que él llama “nivel borderline [de funcionamiento de la personalidad]” (pág. 134, aclaración entre corchetes agregada).

Según Kernberg (1977), los pacientes fronterizos poseen una estructura yoica específica y estable, en la que predominan la escisión y otras

---

<sup>16</sup> En algunos casos la diferencia en los términos está indicando, a su vez, una diferencia en la concepción teórica. En otros se trata simplemente de una de la elección del traductor. Así, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (Kernberg, 1975), fue traducido al castellano como *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*.

operaciones defensivas afines.<sup>17</sup> En el paciente con una organización de la personalidad de tipo fronterizo, dice Kernberg (1977), la intolerancia a la ansiedad y las graves frustraciones tempranas influyeron negativamente en la fase de síntesis de introyecciones de distinta valencia. Ello lleva a que en él predominen las introyecciones negativas (imágenes internas de objetos sentidos como dañinos y frustrantes). La posterior necesidad de expulsar las introyecciones negativas hace que, por proyección, los demás se conviertan permanentemente en objetos externos malos. Mientras tanto, la necesidad de preservar a los objetos buenos (internos y externos) de la contaminación, el deterioro y la destrucción a la que los someterían los objetos internos malos, refuerza la escisión. El proceso defensivo de las personalidades fronterizas crea, entonces, imágenes objetales totalmente malas (persecutorias) e imágenes objetales totalmente buenas y todopoderosas (idealización primitiva), acompañadas de un ideal del yo hipercatectizado, hipertrofiado y omnipotente.

En los casos de anorexia nerviosa grave, Kernberg (1990) considera imprescindible controlar los aspectos peligrosos inmediatos, *"de modo que el tratamiento pueda proseguir sin que el terapeuta se vea involucrado en tener que perseguir al paciente y asegurar que el paciente no se va a morir o haya peligro de suicidio"* (pág. 362).

Corsaro (1997) sostiene que, en ciertos casos, la anorexia y la bulimia pueden ser trastornos disfuncionales aislados, fáciles de relacionar con las crisis vitales (pubertad, adolescencia, ingreso al trabajo o a la universidad, casamiento, maternidad o separación). A éstas las denomina anorexias o bulimias *"benignas"* (pág. 1). Pero cree también, que ambas patologías alimentarias pueden *"ser muestras de trastornos graves de la personalidad, entre los que se encuentra el borderline"* (pág. 1). Ante esta eventualidad, habla de anorexias y bulimias

---

<sup>17</sup> Kernberg (1977) diferencia tajantemente la organización de la personalidad de tipo fronterizo de la psicosis y la neurosis. En la primera, dice Kernberg, hay una fusión regresiva de las tempranas autoimágenes con las imágenes del objeto, dando lugar a una falta concomitante de demarcación de los límites yoicos. En la neurosis, en cambio, se ha accedido establemente a una etapa en la cual pueden integrarse tanto las representaciones del sí-mismo con carga libidinal y con carga agresiva como las imágenes objetales con ambas cargas; la integración de las representaciones del sí-mismo de tono afectivo opuesto consolida la identidad del yo, mientras que la integración de las representaciones de los objetos parciales permite configurar objetos totales (dotados de sentimientos cariñosos y hostiles hacia el yo).



*“malignas” (pág. 1). En ellas, “debajo del simple negarse a comer o comer en demasía, hay un aparato psíquico que en su devenir evolutivo no pudo completar sus funciones yoicas y (...) comienza a demostrar un déficit de consecuencias imprevisibles” (pág. 1).*

Corsaro (1997) toma los ítems de DSM-IV para el diagnóstico del *Trastorno límite de la personalidad* con la finalidad de mostrar la similitud existente entre estos ítems y muchos fenómenos observables en los pacientes con anorexia nerviosa o bulimia *“malignas”*. Los criterios para el diagnóstico de *Trastorno límite de la personalidad* del DSM-IV son (págs. 670-671):

- (1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.*
- (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.*
- (3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.*
- (4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).*
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.*
- (6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).*
- (7) Sentimientos crónicos de vacío.*
- (8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).*
- (9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.*

Corsaro (1997) ejemplifica sus hipótesis con el historial de Carla, una joven en la que a la bulimia se sumaron anorexia *“y otras cuestiones lindantes con*

*aquella, propias de la bulimia maligna*" (pág. 8). Según Corsaro (1997), las serias diferencias de Carla con su familia, especialmente con el padre (no soporta el ruido de su dentadura a la hora de la cena), equivalen al ítem referido a *"relaciones interpersonales patológicas de los borderline"* (pág. 8). La sensación de Carla de tener dos vidas, *"la vida de flaca y la vida de gorda"* (pág. 8) (durante la vida de flaca, entre otras cosas, ingiere medicación para sus fuertes dolores de cabeza, piensa en suicidarse y roba valium o lexotanil al padre, mientras que durante la vida de gorda no sale a ningún lado, no atiende el teléfono ni se baña) es, para Corsaro (1997), equivalente a la *"alteración de la identidad de los borderline"* (pág. 8). El no poder parar de comer frente a la heladera y la sustracción de remedios se corresponde con la *"impulsividad de los borderline"* (pág. 8). Las ideas de suicidio (Carla hizo un intento concreto) y el pasaje de la euforia a la depresión equivaldrían, respectivamente, a las *"amenazas de suicidio"* y *"la inestabilidad afectiva en los borderline"* (pág. 8).

Desde la escuela francesa, Haydée Heinrich (1993), basándose en un comentario efectuado por Lacan (1962) con respecto al Hombre de los Lobos,<sup>18</sup> sitúa a la anorexia nerviosa en el borde real de la neurosis. El título de su libro [Borde<R>S de la neurosis], dice Heinrich (1993), *"juega con deslizamiento entre borde y border, borderline; y podría entenderse también que no ubicamos al borderline entre neurosis y psicosis, sino en el borde de la neurosis. Me parece importante ubicarlo en ese lugar de borde, concretamente, en el borde real de la neurosis, y no dejarlo en un lugar indefinido"* (pág. 10).

Heinrich (1993) afirma que, quienes padecen anorexia nerviosa, junto con los otros borderlines, ponen en evidencia una falta de confianza en el significante al presentarse *"mediante el acting-out, las impulsiones"* y las *"enfermedades psicosomáticas"* o las *"a-dicciones"* (pág. 9). No hablan, sostiene Heinrich (1993), porque no están estructuralmente dispuestos a suponer que hay un otro capaz de escuchar lo que tienen para decir. Por ello *"no llegan al análisis"*

---

<sup>18</sup> En la 6ª clase del seminario sobre la angustia, Lacan dice: *"en ese caso borderline que es el Hombre de los Lobos"* (resaltado agregado).

*representados por su síntoma y articulando una pregunta en relación a él. Es más, en muchos casos, ni siquiera se quejan de algún síntoma"* (pág. 10).

Heinrich (1993) destaca tres particularidades que observa en los pacientes borderlines:

1. Dificultades en la transferencia
2. Trauma infantil no reprimido
3. Acting-out

Con respecto a las dificultades en la transferencia, Heinrich (1993) señala: *"Hay sujetos en los que la transferencia no termina de instaurarse, cosa que se manifiesta de diferentes maneras: puede ser que el paciente nunca tenga nada para contar, que falte seguido, que abandone fácilmente sus análisis, que no entienda las interpretaciones, que se conmueva por una interpretación pero a la sesión siguiente reniegue de lo que dijo, etc. (...) sujetos que no pueden comenzar a hablar, a asociar libremente, a producir formaciones del inconsciente, incluyendo síntomas, en transferencia en un análisis"* (págs. 12-13).

En lo que hace a la eficacia de los traumas infantiles en los pacientes borderlines, Heinrich (1993) agrega una nueva alternativa a las tres que propone Freud (1920g, 1931b, 1939a).

Para Freud (1939a), los traumas son *"vivencias en el cuerpo propio"* o *"percepciones sensoriales"* acaecidas en la temprana infancia (hasta los cinco años aproximadamente). Las vivencias traumáticas *"se refieren a impresiones de naturaleza sexual y agresiva, y por cierto que también a daños tempranos al yo (mortificaciones narcisistas)"* (pág. 71). Los traumas etiológicos caen bajo un completo olvido por pertenecer al período de la amnesia infantil (en ciertas ocasiones el olvido es penetrado por restos mnémicos singulares llamados recuerdos encubridores). Las alternativas ante la fijación a un trauma son: a. Los empeños por revivir el trauma, b. Las reacciones negativas y c. La transformación de la pasividad en actividad. La primera alternativa (compulsión de repetición) es un empeño por vivenciar nuevamente la experiencia traumática, *"toda vez que se*



*tratara sólo de un vínculo afectivo temprano, hacerlo revivir dentro de un vínculo análogo con otra persona*" (Freud, 1939b, pág. 72). Estos esfuerzos por hacer real-objetiva la vivencia olvidada pueden llevar a una mujer, que en su temprana infancia fue objeto de una seducción sexual, a provocar ataques similares de manera repetida. Las reacciones negativas tienden a que los traumas olvidados no se recuerden ni se repitan. Son *"evitaciones, que pueden acrecentarse hasta ser inhibiciones y fobias"* (Freud, 1939b, pág. 73). La transformación de la pasividad en actividad consiste en hacerle activamente a otro lo sufrido anteriormente en forma pasiva (Freud, 1920g, 1931b). Así, *"si el doctor hace abrir la boca al niño renuente para examinar su garganta, luego que él se aleje el niño jugará al doctor y repetirá el violento procedimiento en un hermanito tan desvalido frente a él como él estuvo frente al doctor"* (Freud, 1931b, pág. 237).

Heinrich (1993) afirma que muchos paciente borderlines tienen *"una particular relación con un trauma de la infancia"* (pág. 13). Pero, a diferencia de lo que ocurre en las neurosis, donde el trauma cayó bajo la represión, los borderlines recuerdan el trauma. El trauma opera en ellos, dice Heinrich (1993), como una *"herida en carne viva"* (pág. 14) que hace pensar en un permanente descuido por parte de la madre en la temprana infancia (los relatos incluyen violaciones, agresiones, accidentes y abandonos).

La tercera particularidad que Heinrich (1993) observa en los pacientes borderlines, la tendencia a producir acting-out, deriva de esta falla en la represión del trauma. El trauma reprimido origina: retornos de lo reprimido, síntomas y transferencia. El trauma sin represión: acting-out, dificultad en la instauración de la transferencia y falta de confianza en el significante.

## **5.6 La anorexia nerviosa y los trastornos narcisistas**

Estudiando los procesos psíquicos desde un modelo psicoanalítico modular-transformacional, Hugo Bleichmar (1997) incluye a la anorexia nerviosa en el campo de los trastornos narcisistas. En dichos trastornos, dice Bleichmar (1997), lo específico es el sistema de significaciones o perspectivas *"desde las*

*cuales se organiza la captación de cualquier actividad, pensamiento, sentimiento o tipo de vínculo: todo es vivido en términos de valoración del sujeto, de su ubicación dentro de una escala comparativa de virtudes o defectos, de superioridad/inferioridad con respecto a modelos ideales o a personajes del entorno que los encarnarían” (pág. 243).*

Bleichmar (1997) explica que, si quien padece un trastorno narcisista se enferma, a diferencia de lo que sucede desde un código fóbico (temor a la muerte) o desde un código paranoide (se piensa que alguien provocó la enfermedad), se siente inferior por tener un cuerpo débil o enfermizo.

Según Bleichmar (1997), las angustias narcisistas pueden manifestarse como:

1. *“Sentimientos de inferioridad y/o vergüenza, o malestar difuso de insatisfacción consigo mismo, o sentimientos de vacío, de aburrimiento, desvitalización, impotencia.”*
2. *“Angustias de desintegración: sentimientos de extrañeza con respecto a la mente y/o al cuerpo, de no poder controlar su funcionamiento, de despersonalización” (pág. 389).*

Bleichmar (1997) sostiene que, con el fin de salir de esos estados, el aparato psíquico de quienes padecen un trastorno narcisista recurre a distintas defensas y compensaciones:

*a. Fobia social*

- *Evitación y retracción social para evitar [la] vergüenza.*

*b. Experiencia de satisfacción sustitutiva*

- *Adicciones: alcoholismo, drogodependencia*
- *Bulimia*
- *Actuaciones sexuales: promiscuidad, donjuanismo, masturbación compulsiva, juego compulsivo*
- *Conductas de riesgo*

**c. Anorexia**

- *Intento de compensar mediante [la] imagen corporal ideal un sentimiento de insatisfacción narcisista global.*

**d. Fantasías y conductas grandiosas**

- *Omnipotencia*
- *Megalomanía*
- *Negación de [las] necesidades*

**e. Uso del objeto para compensar [el] narcisismo**

- *Búsqueda de especularización: exhibicionismo físico, mental, moral*
- *Fusión con [una] imagen idealizada*
- *Objeto como posesión narcisista*
- *Objeto de la actividad narcisista*
- *Identificación proyectiva para depositar aspectos denigrados en el objeto*

**f. Sadismo y masoquismo narcisista**

- *Abuso del poder y maltrato al otro*
- *Narcisización del sacrificio y el sufrimiento*

**g. Agresividad (rabia narcisista) como forma de obtener un sentimiento e identidad imaginaria de potencia/poderío (pág. 389, resaltado agregado).**

Bleichmar (1997) considera que, cuando las defensas y las compensaciones fallan y no se pueden sostener —o cuando originan perturbaciones en las relaciones interpersonales y en los logros en la realidad o alteran el funcionamiento yoico— la depresión narcisista abrumba al sujeto.

Es por eso, afirma Bleichmar (1997), que la búsqueda irrefrenable de una imagen corporal ideal que se observa en la anorexia, con todos los sufrimientos y daños que implica, es preferible para el paciente a los dolorosos sentimientos de inferioridad, de vacío y de desvitalización que amenazan con inundarlo.



## 5.7 Anorexia nerviosa y neurosis obsesiva

Antes de ser internada, Ellen West había recibido de un joven analista la explicación de que sus síntomas se derivaban del deseo de *"dominar a todos los demás"* (Binswanger, 1944, pág. 302). Otro analista diagnosticó posteriormente neurosis compulsiva, e interpretó los síntomas de Ellen en función de la ecuación: *"comer = fecundación = embarazo"* (Binswanger, 1944, pág. 379) y *"de rasgos calculados claramente para impresionar a su marido"* (Binswanger, 1944, pág. 412).

La búsqueda incesante de cierto orden meticuloso, observada en las jóvenes que padecen anorexia nerviosa, llevó a Palmer y Jones, en 1939, a considerar a la anorexia nerviosa como una forma de neurosis compulsiva (Chinchilla Moreno, 1995).

En 1949, DuBois afirma que la anorexia nerviosa es una forma de neurosis compulsiva que tiene a la caquexia como síntoma principal. En *Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa)*, DuBois (1949) dice que el sujeto que padece anorexia nerviosa se ajusta mejor por sus síntomas a la neurosis compulsiva que a cualquier otro desorden psiquiátrico. Siguiendo la opinión de Pardee, DuBois (1949) sostiene que el término anorexia es inapropiado para llamar al padecimiento, porque en él la pérdida real de apetito es de ocurrencia rara (el paciente no deja de comer por falta de apetito sino porque tiene miedo de comer).

DuBois (1949) hace hincapié en que, poco tiempo después de que Palmer y Jones sugirieran que la anorexia nerviosa es un tipo de neurosis compulsiva, Rahman, Richardson y Ripley observaron que el padecimiento es una neurosis con compulsión obsesiva, ansiedad y características depresivas. También señala que Waller, Kaufman y Deutschla descubrieron elementos obsesivos compulsivos en la personalidad de los pacientes anoréxicos que estudiaron.

En lo que se refiere al origen del padecimiento, DuBois (1949) considera que la neurosis compulsiva con caquexia se convierte en una

enfermedad manifiesta en el período de la pubertad, cuando la niña aparentemente trata en forma desesperada de rechazar su sexualidad y las responsabilidades físicas y emocionales relacionadas con ella.

Según DuBois (1949):

1. Tanto los pacientes actuales como aquéllos que pueden ser estudiados revisando la literatura demuestran características altamente consistentes con la descripción aceptada del sujeto obsesivo.
2. Se encontrará mucho en común si se compara la descripción de la personalidad anoréxica definitiva con el carácter anal de Freud. Desde la temprana niñez, quienes padecen anorexia nerviosa y los obsesivos típicos han sido agresivos, perfeccionistas, puntillosos y con una marcada sensibilidad al sexo. Ambos exhiben, además, un interés inusual con respecto a la forma y las funciones del cuerpo.
3. El orden, la meticulosidad, la parsimonia y la terquedad son característicos de los dos grupos de pacientes.
4. Los pensamientos imperativos de recurrencia regular y persistente sobre la comida se ajustan al modelo típico del pensamiento obsesivo, de la misma manera que los deseos imperativos de evitar la comida son una forma repetitiva, ilógica y no controlada que se ajusta al modelo típico del actuar compulsivo.
5. Las reflexiones continuas en torno a la comida y los problemas con las dietas —tanto en lo que se refiere a sí mismos como a los otros— completan el componente rumiativo, mientras que la tan característica y obvia tensión completan los lazos con el estado compulsivo obsesivo.

Smart, Beaumont y George (como se citan en Toro y Vilardell, 1987), utilizando técnicas psicométricas de exploración, encontraron rasgos francamente obsesivos en las jóvenes anoréxicas de la muestra estudiada.

En una investigación en la que utilizaron el *Cuestionario de Obsesiones de Leyton*, Solyom, Miles y O' Kane (como se citan en Toro y Vilardell, 1987)

hallaron que —si se eliminaba del análisis la obsesión principal de los pacientes neuróticos— las anoréxicas no eran diferentes de los neuróticos obsesivo-compulsivos graves en lo que hacía al grado de sus características obsesivas.

Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1998) creen que el control obsesivo recíproco, que se ejerce en las familias con un miembro que padece anorexia, tiene la función de enmascarar la insuficiencia de confianza, empatía e intimidad.

Según Goldman (1996b), la anorexia no es un síntoma, porque no se ajusta a la definición de síntoma que se acepta en la teoría psicoanalítica.

Goldman (1996b) destaca que Freud define al síntoma como una sustitución. Toma la frase en alemán que aparece en las conferencias de 1916 (Freud, 1916-17 [1915-17]): *“das symptom ist ein ersatz”* (el síntoma es una sustitución), y señala que el término *ersatz* contiene en su interior al vocablo *satz* (oración, frase). Dice, entonces, que lo que la sustitución del síntoma encubre o metaforiza es una verdadera *satz* (oración, frase) que debe ser descifrada. Para mostrar que la anorexia no es un síntoma, Goldman toma también la definición de síntoma formulada por J. Miller en *Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático*: *“es una formación del inconciente que tiene estructura de lenguaje, que supone una sustitución (Ersatz) y que llamamos metáfora (de ahí la Satz), que está abierta al desplazamiento retroactivo (Nachträglichkeit) por reformulación y a una modificación debida a la emergencia de los efectos de verdad (del inconsciente)”* (pág. 85, resaltado y aclaraciones entre paréntesis en el original).

Goldman (1996b) afirma que, tanto la anorexia como la bulimia no se atienen a esas definiciones, y que se presentan, en realidad, *“como un cuerpo sufriente que hace signo para la medicina”* (pág. 85).

Basándose en algunas hipótesis de Lacan, Goldman (1996a, 1996b) sostiene que la anorexia nerviosa es un estado mórbido que puede entenderse como una neurosis obsesiva que ha quedado reducida a su *“base pulsional, (...) a la cual falta casi toda la superestructura de las obsesiones en tanto que desplazamiento de afectos, lo que el análisis aísla estructuralmente como*



*síntomas de defensa del yo (defensa obsesiva frente al deseo)" (Goldman, 1996b, pág. 87, resaltado y aclaración entre paréntesis en el original).*

Kaye, Weltzin y Hsu (como se citan en Chinchilla Moreno, 1995, págs. 64-65), sabiendo que la exagerada preocupación por el tamaño y la forma del cuerpo, el ejercicio compulsivo, la obstinación, el recuento y el control de las calorías, el perfeccionismo, la rigidez y la meticulosidad son manifestaciones clínicas de los trastornos de la conducta alimentaria entendidas por varios autores como típicas de la naturaleza obsesiva, se preguntan:

1. *¿Son los síntomas de los trastornos de conducta alimentarios conductas obsesivas y compulsivas de acuerdo a las definiciones psicopatológicas?*
2. *¿Son las preocupaciones por la imagen corporal y el afán de adelgazar formas de pensamientos obsesivos?*
3. *¿Presentan estos trastornos otros síntomas obsesivos distintos de los síntomas principales?*
4. *¿Tienen las pacientes rasgos de personalidad similares a la personalidad obsesiva-compulsiva?*
5. *Si existen evidencias de esos síntomas, ¿son secundarios a la pérdida de peso, a la mal nutrición o, por el contrario, son alteraciones intrínsecas y centrales en el desarrollo de la enfermedad?*

Concluyen que la anorexia nerviosa y los trastornos obsesivo-compulsivos forman parte de un conjunto de alteraciones neurobiológicas comunes, que dan lugar a cuadros psicopatológicos similares, pero que presentan diferencias en los contenidos.

## **5.8 Anorexia nerviosa e histeria**

En sus primeros intentos por explicar la anorexia nerviosa, Hilde Bruch (como se cita en Brusset, 1977) le adjudica la estructura típica de los síntomas histéricos. Dichos síntomas, dice Bruch, derivan de un fantasma de fecundación

oral por parte del padre. Ese fantasma de fecundación oral es el que permite entender todos los síntomas: la amenorrea, por ejemplo, es la marca del embarazo deseado, y el estreñimiento pertinaz –junto con la convicción de tener el abdomen hinchado– expresa el deseo de poseer un hijo en el vientre.

Nasio (1985) sostiene que la anorexia es *“típicamente histérica”* (pág. 64). Para Nasio (1985), la anoréxica está abocada a la permanente tarea de defender y mantener el deseo, oponiéndose, así, a una madre que sólo atiende a la satisfacción de la necesidad. Con su síntoma, la anoréxica pretende proclamar: *“¡No, basta de satisfacción, no quiero satisfacerme!”* (pág. 64). En el prólogo de *Anorexia - Teoría y clínica psicoanalítica* (Baravalle, Jorge y Vaccarezza, 1993), Nasio afirma que la paciente anoréxica *“rechaza ese estado dúplice que reconocemos en el niño de pecho, satisfacción del hambre e insatisfacción del deseo. Quiere que la insatisfacción reine por todas partes, que sólo haya insatisfacción, tanto de la necesidad fisiológica como del deseo. La anorexia consiste en decir: «No, no quiero comer para satisfacerme y no quiero satisfacerme para estar segura de que mi deseo permanece intacto –y no solamente el mío, sino también el de mi madre–». La anorexia es ese grito contra toda satisfacción y es un mantenimiento obstinado de la insatisfacción. Cuando me refiero a la anorexia, la sitúo en el marco general de la histeria, pues en mi opinión es un sufrimiento típicamente histérico”* (pág. 11, resaltado agregado).

Por ello, Nasio piensa que no es aconsejable pretender que el anoréxico se alimente. Esa actitud, observa, tiende a reforzar su protesta y su insistencia en conservar el deseo a cualquier precio (para mantener una insatisfacción que preserva su ser). Desde la perspectiva del anoréxico, agrega Nasio, *“lo que va contra el deseo es la satisfacción referente a la necesidad de alimentarse, pues cuanto más se sacie su hambre, menos podrá mantener despierto su deseo”* (pág. 11).

Zöpke (1990) considera a las anoréxicas como histéricas *“vanidosas de su esqueleto”*, pero *“sin síntomas de conversión”* (pág. 32). Afirma que la paciente realiza la *elección* de su neurosis durante el período de latencia, que es para ella un tiempo de represión, de sublimación y de duelo. Zöpke (1990) hace hincapié

en que la latencia *“es un tiempo lógico y no cronológico”* (pág. 33). Encuentra que dicha hipótesis se corrobora *“en los casos donde el mismo programa biológico de la pubertad experimenta una alteración profunda. La niña histérica puede diferir o prorrogar la metamorfosis «natural» de su cuerpo con un retraso considerable de los caracteres sexuales secundarios y también de la menarca (...) donde se dibujan los primeros contornos del cuerpo maduro, la anorexia debuta con la amenorrea y la pérdida desproporcionada del tejido mamario”* (págs. 33-34).

Zöpke (1990) considera también que, en la anorexia, la seducción ha sido desplazada a los defectos, y la niña histérica ostenta una especie de vanidad de la osamenta.

Según Zöpke (1990), *“los clínicos, los nutricionistas y los profesores de endocrinología”* son *“los incautos de hoy”* (pág. 34), que, al desconocer que el síntoma histérico es *“el síntoma social por excelencia”*, actúan como los viejos cirujanos que practicaban la histerectomía a las histéricas (pág. 34). Señala que sería en vano esperar que la histeria se expresara hoy en día como en las épocas de Charcot, y que sospecha que la misma anorexia cambió desde que la describió Lasègue. Zöpke (1990) encuentra cuatro diferencias entre aquellas anoréxicas y las de hoy:

1. Ahora, la anorexia *“se propaga con una velocidad de epidemia o de peste, con un ritmo casi desconocido en las descripciones clínicas de antaño”* (pág. 34).
2. A causa de un desplazamiento o un adelanto *“la anorexia es una patología que toca cada vez más de cerca de la niña de pálido fuego al término de la latencia, en la edad secreta y demasiado breve que precede a la erupción sexual”* (pág. 34).
3. En la actualidad se percibe menos que antes *“la participación del asco y de la náusea como barreras levantadas frente al riesgo de la saciedad o de obstrucción (...) se ha perdido, por decirlo así, la defensa histérica contra el acto de comer, la dispepsia”* (págs. 34-35).
4. Cada día *“son más frecuentes los casos de gula, de apetito animal, de voracidad canina. La bulimia era un síntoma más bien raro en la anorexia*



*nerviosa del siglo pasado, pero, desde el informe de Binswanger (Der fall Ellen West, 1944), estos casos han ido en aumento"* (pág. 35).

En lo que se refiere al primer punto (la velocidad de su propagación), Zöpke (1990) sostiene que, en todo caso, la anorexia es una *"tontería que depende de los valores culturales relacionados con la silueta"* (pág. 34).

También cuestiona el diagnóstico de psicosis efectuado por Binswanger con respecto a Ellen West. Si bien reconoce que la paciente no presentaba síntomas de conversión (en el sentido clásico del término), y que su apetito tampoco aparecía amenazado por la repulsión o las arcadas, cree que tanto la gula y la voracidad de la joven como sus períodos de ayuno e inanición *"acreditan la erectibilidad labial de Ellen West en detrimento del falicismo habitual de la sintomatología histérica"* (pág. 35).

Para explicar el mecanismo de la producción de los síntomas, Zöpke (1990) recurre a las hipótesis freudianas referidas a las identificaciones primarias (Freud, 1923b, 1937), las identificaciones secundarias (Freud, 1910c, 1921c, (1922b [1921]), 1923b, 1924d, 1928b [1927], 1930 [1929], 1933a [1932], 1940a [1938]) y las identificaciones que se producen por infección o contagio (Freud, 1900a [1899], 1921c). Sostiene que la identificación por infección —típica de la histeria— *"pone en acción al síntoma y al yo"* y *"es el reporte mismo del contagio, de la epidemia psíquica"* (pág. 36).

En *Santa Anorexia*, Fendrik (1997) les reprocha a los psicoanalistas actuales el haber olvidado la vinculación entre anorexia e histeria. *"Apenas si recuerdan"*, dice Fendrik (1997), *"sumergidos en el aire de estos tiempos modernos, que todas, absolutamente todas las histéricas de Freud, presentaban trastornos alimentarios graves a los que hoy se llama «anorexia y/o bulimia»"* (pág. 126). Afirma que la anorexia no es una respuesta, sino una pregunta: *"¿Qué es ser una mujer?"* (pág. 141, resaltado en el original). Según Fendrik (1997), buscando la respuesta a esa pregunta, *"las jovencitas se indigestan con imágenes que pretenden mostrarles lo que son, y lo que deben ser: (la) el modelo que las representa a todas. Entonces dejan de comer, se (des)vivirán, para ser Ella. En*

*ellas el cuerpo se hará símbolo, sex-symbol*" (pág. 141, resaltado y aclaraciones entre paréntesis en el original).

Desde el paradigma de Fendrik (1997), la anorexia es consecuencia de un discurso dominante que pretende saber qué es *la Mujer*. Fendrik (1997) sostiene, entonces, que, cuando ese discurso se niega a reconocer a la mujeres como sujetos abiertos a la multiplicidad de sentidos, o cuando las tratan como clones, las histéricas –más allá de la época en que les toque vivir– ponen de manifiesto la función del enigma a través de sus síntomas. Por ello, agrega, "*Si Es santa, Es bruja, Es histérica, Es anoréxica, nos tropezamos de inmediato con la reproducción masiva de este Ser. El contagio, la imitación, son identificaciones en masa a aquello que el discurso dominante y nominante les dice a las mujeres lo que ellas SON. Es así como se establecen las modas: de santas, de histéricas, de anoréxicas, y también la cacería de brujas*" (pág. 137, resaltado en el original).

## **5.9 Anorexia nerviosa y toxicomanía**

Desde que Otto Fenichel (1945) denominó *adictos a la comida* a un grupo de pacientes que sin apelar al consumo de drogas presentaban los mecanismos y síntomas típicos de las adicciones, varios autores han vinculado de un modo u otro a la anorexia nerviosa con las adicciones.

Brusset (1984, 1990), por ejemplo, rastrea las características comunes existentes en el consumo de tóxicos y en lo que llama *toxicomanía alimentaria*. En ambas afecciones, dice, son casi siempre evidentes la función antidepresiva y ansiolítica del pasaje al acto. Según Brusset (1984, 1990), además, en las dos dolencias la lucha contra la depresión o la angustia exige operar sobre los contenidos mentales que las determinan o están ligadas a ellas: afectos desagradables, preocupaciones, nostalgias y deseos irrealizables que muestran la distancia entre el yo y el ideal.

Brusset (1984) cree que los primeros vómitos en la historia del paciente comparten con las primeras experiencias en el consumo de tóxicos no sólo el

efecto obtenido –la capacidad de abolir afectos insoportables y conflictos– sino también la sensación de poseer un recurso mágico siempre disponible y muy superior a cualquier contacto con un objeto humano (peligrosamente susceptible de rehusarse, de hacerse esperar, de imponer condiciones o de expresar deseos que limiten lo que está dispuesto a dar). Destaca, al mismo tiempo, la similitud de *“la luna de miel”* en la toxicomanía con *“la fase de optimismo”* descrita por Lasègue en la anorexia histérica. En las dos, opina, se observaría: *“negación de los riesgos, exaltación en relación con sensaciones físicas nuevas producidas por una acción sobre el cuerpo”* e *“ignorancia sospechosa de las alarmas del entorno”* (pág. 202).

Si bien Brusset (1990) considera a lo biológico como excluido del psicoanálisis *“por definición y por principio del método”* (pág. 443), propone una hipótesis para explicar parte de los factores subyacentes a la restricción alimentaria y la hiperactividad: las endorfinas segregadas tras la puesta en marcha de dichas conductas determinan efectos en el psiquismo que a su vez actúan sobre el cuerpo, en una suerte de transacción en espiral entre los dos registros.

Al estudiar los efectos de las experiencias traumáticas y disociativas en los trastornos alimentarios, Vanderlinden y Vandereycken (1999) señalan: *“Es probable que los atracones, en particular, sean acompañados con frecuencia de consumo de alcohol, aunque todavía no sabemos a ciencia cierta cuál de estas dos conductas es la causa y cuál la consecuencia. La ocurrencia simultánea de ambas suele emplearse como argumento para definir al trastorno alimentario como una **adicción**”* (pág. 59, resaltado en el original).

Vanderlinden y Vandereycken (1999) hacen una enumeración de los fenómenos de diverso orden que llevaron a que, dentro del movimiento de autoayuda y en muchos centros de tratamiento, cobrara una considerable popularidad el *modelo de la adicción* para explicar el origen de las conductas de quienes padecen anorexia nerviosa o bulimia:



1. Los pacientes parecen debatirse, como otros adictos, con urgencias que los doblegan.
2. La tendencia a ver a los anoréxicos como adictos al adelgazamiento y el hecho de escuchar hablar a muchos bulímicos de adicción a la comida.
3. La perturbación en el control de los impulsos.
4. La inclinación a consumir alcohol y/o drogas.
5. La carencia de recursos psíquicos, que permitan tomar en serio los riesgos que las conductas restrictivas o las purgas entrañan para la salud (en concordancia con la aparente ceguera del alcohólico en lo que hace a las consecuencias de la bebida).
6. La semejanza existente entre el síndrome de abstinencia y la propensión de muchos pacientes a ponerse tensos, irritables y agresivos si no pueden darse un atracón.
7. El hecho de que el atracón tenga, en algunos casos, efecto calmante y en otros, estimulante y que, por lo general, resulte seguido de la "resaca".

Maldavsky (1988, 1992, 1993, 1998, 2000b) es uno de los autores que más ha profundizado en el estudio de los mecanismos y procesos psíquicos comunes a la adicción a las drogas y a la anorexia nerviosa. Sostiene que la anorexia es un tipo particular de adicción (la denomina *adicción al no comer o apego al no comer*), derivada de una configuración paranoica (y, en ocasiones, esquizofrénica) que se ensambla con otros fragmentos psíquicos. Entre ellos, dice Maldavsky (2000b), rasgos fóbicos y/o conversivos, identificaciones con el síntoma y el objeto decepcionante y núcleos autistas.

Ante el problema de la categorización nosográfica, Maldavsky (1990) destaca la diferencia existente entre la anorexia y las enfermedades psicosomáticas, y las psicosis. Hace hincapié en que en la anorexia lo determinante es una decisión acerca de un acto (el de alimentarse), y en que ello difiere de otras manifestaciones clínicas a las que con mayor pertinencia se suelen denominar psicosomáticas, como los eczemas, el asma o la rinitis alérgica. Con respecto a la diferencia con las psicosis manifiestas, señala que, en la

mayoría de los casos, las alucinaciones y los delirios están ausentes. En el mismo terreno de las adicciones en el que incluye a la anorexia nerviosa, Maldavsky (1990) reúne al mericismo, la enuresis y la accidentofilia. Al hacerlo así, presta atención a que estas últimas afecciones –si se destaca el carácter euforizante o narcotizante del dolor– pueden reunirse siguiendo el criterio del autoerotismo (en las afecciones psicosomáticas, si bien hay intoxicación, el mecanismo que la desarrolla exige el vínculo con otro, mientras que en las adicciones el recurso es autoerótico).

Maldavsky (2000b) sostiene que, en los anoréxicos, el proceso paranoico se detiene por un tiempo en el momento de retracción narcisista, con desarrollo de un delirio encapsulado y proyectado en un interlocutor dominante. Mientras tanto, señala, *“la apariencia del paciente es de normalidad, inclusive de sobreadaptación, con un énfasis puesto en el rendimiento laboral, que por momentos puede aportar un refuerzo a la ilusión de omnipotencia”* (pág. 76). Como en estos casos la libido retraída sobre el yo no puede dirigirse nuevamente al exterior de esa instancia (momento restitutivo), explica Maldavsky (2000b), sobreviene un desenlace tóxico (en lugar de desplegarse el delirio la libido altera el soma). La modificación aloplástica vengativa, típica de la paranoia manifiesta, es remplazada por un drástico trastorno interno, en el núcleo de la subjetividad, dañando la vida pulsional.

Con respecto al componente tóxico (adictivo) implícito en la anorexia, aclara: *“podemos aducir las ya mencionadas investigaciones en neurobiología que describen cómo el incremento del hambre libera sustancias que tienen un valor euforizante y narcótico para el dolor. Pero éste es un plano descriptivo, como cuando se afirma que la ingesta de alcohol es intoxicante. Parece necesario dar un paso más, y sostener que la adicción ocurre porque preexiste un estado tóxico en lo anímico, de lo cual la práctica específica (anorexia, alcoholismo, promiscuidad, inhalación de cocaína) es sólo una expresión y un efecto”* (Maldavsky, 1990, págs. 65-66, resaltado agregado).

Maldavsky (2000b) supone que, en el momento de la retracción libidinal de la psicosis, cuando la libido inviste al yo, por la sobreinvestidura narcisista

(tóxica), surge el delirio de grandeza y la angustia hipocondríaca. La anorexia sería, entonces, como otras adicciones, un efecto del esfuerzo por suprimir el pánico hipocondríaco. Agrega que, cuando se desarrolla una psicosis manifiesta, el pánico hipocondríaco (patognomónico del momento de retracción) se puede expresar restitutivamente, por ejemplo, como un delirio ligado a la convicción de que el cuerpo ha cambiado de manera ominosa (observable a simple vista o en alguna forma que se oculta a la inspección ordinaria). En la anorexia (y en las otras adicciones), en cambio, la restitución no sobreviene y el pánico hipocondríaco permanece mudo e intoxicante. El recurso empleado para encarar la angustia hipocondríaca es la supresión del sujeto que hubiera podido captarla. En ese proceso *"ocurre un pasaje del abrumamiento anímico a la anorexia, que permite sustituir precariamente la inermidad psíquica previa, la pasividad absoluta ante la dimensión económica, el estado tóxico primordial, por una postura autoerótica, en que el yo al menos ejecuta consigo mismo lo antes padecido"* (pág. 69). Parte de dicho desenlace deriva de que el anoréxico supone que no existen interlocutores empáticos ante los cuales expresar la angustia hipocondríaca. Esa falta de empatía y amor en el otro hacen que en el anoréxico se active un dolor en el que se condensan: una depresión carente de matiz afectivo, la sensación de ser inferior (por la certeza acerca de la propia insuficiencia) y sentimientos de futilidad.<sup>19</sup>

Moreira (1995, 1997), al estudiar a la incidencia de los estados tóxicos (anímicos) de los adictos en relación con los procesos de aprendizaje, afirma que la libido estancada en el yo tiende a expresarse mediante el letargo y el adormecimiento. Dichos fenómenos, dice Moreira (1997), se observan clínicamente en muchas pacientes anoréxicas que presentan dificultades para concentrarse cuando pretenden estudiar o en las ocasiones en que intentan asimilar una secuencia que requiere un mínimo de atención (p. ej. en la danza).

---

<sup>19</sup> Según Maldivsky (2000b), cada forma de la paranoia (persecutoria, celotípica, erotomaníaca y megalomaníaca), a su vez, posee conflictos y modalidades de procesamiento que le son específicos. Al articularse con el estado de intoxicación (por la sobreinvestidura libidinal narcisista) da especificidad a distintos tipos de formaciones clínicas. Relaciona, v. g., la adicción a la cocaína y el alcohol con el delirio celotípico y el transexualismo con el delirio megalomaníaco.



De Dios de Vega y de Dios Pérez (2004) proponen un modelo teórico en el que se equiparan la fisiopatología de la adicción a las drogas y la de los trastornos de la conducta alimentaria. Este modelo, destaca el parecido existente entre la experiencia subjetiva de la paciente anoréxica que sigue una dieta enormemente restrictiva (por la sensación placentera que encuentra cuando no come) y la excitación del sujeto que se administra una droga psicótropa. En lo que hace a los episodios bulímicos, De Dios de Vega y de Dios Pérez (2004) equiparan la intensa ansiedad previa al atracón, la ingesta incontrolada de grandes cantidades de alimentos y la sensación de placer que acompaña a la ingestión con las sensaciones que experimentan los adictos cuando anhelan con urgencia una dosis de droga y el bienestar que acompaña a la administración.

De Dios de Vega y de Dios Pérez (2004) señalan que, desde hace varias décadas se han identificado diversas sustancias que actúan a nivel del sistema nervioso central y tienen influencia sobre la regulación del apetito: noradrenalina, serotonina, dopamina, colecistokinina, neuropéptido Y, péptido YY, GABA y los opioides endógenos. Con relación a los opioides endógenos, destacan que los estudios experimentales demuestran que intervienen en la regulación del apetito y en la patogénesis de los trastornos de la conducta alimentaria.

Tomando las hipótesis de Marrazzi y Luby, Dios de Vega y de Dios Pérez (2004) implican fundamentalmente al sistema opioide al equipar el funcionamiento fisiopatológico y psíquico de quienes sufren una adicción a las drogas psicótropas y el de quienes padecen anorexia nerviosa y bulimia. Afirman que durante el período inicial de restricción alimentaria, la liberación de opioides endógenos produce un refuerzo positivo o *subida* psicológica, que conduce a una adicción a la restricción alimentaria. La liberación de opioides produciría, según estos autores, tres respuestas encadenadas:

1. La "subida" psicológica.
2. Una tendencia posterior opioide a comer para corregir la malnutrición.

3. Una adaptación opioide a la malnutrición hasta que ésta se corrija (la adaptación opioide incluiría una regulación a la baja fisiológica y metabólica hasta que se corrija la malnutrición).

Si el paciente queda anclado en alguna de estas respuestas, surgiría un mecanismo adictivo al que reconocemos como trastorno alimentario. Así:

1. La adicción a la *subida* psicológica y/o la adaptación a la malnutrición conduciría a la anorexia nerviosa.
2. La adicción a la búsqueda de comida podría conducir a la bulimia nerviosa.
3. La aparición de rupturas periódicas de la adaptación opioide a la restricción en la anorexia nerviosa, podría conducir a conductas tipo atracón-purga.

Dios de Vega y de Dios Pérez (2004) dicen que este modelo, que intenta explicar la fisiopatología de los trastornos de la conducta alimentaria desde el punto de vista casi exclusivo de la intervención del sistema opioide (lo que lo hace correr el riesgo de caer en el reduccionismo), amplía los modelos fisiopatológicos previos que pretendían dilucidar el origen de los trastornos de la conducta alimentaria atendiendo a un solo neurotransmisor: la serotonina. Aclaran que, si bien en los episodios bulímicos el parecido con la adicción a las drogas es más claro (ya que la intensísima ansiedad previa al atracón, la ingesta incontrolada de grandes cantidades de alimentos y la sensación placentera cuando los están ingiriendo sigue paso a paso las sensaciones que experimentan los adictos a sustancias psicotropas cuando requieren con urgencia su dosis y cuando se la administran), las correlaciones no parece ser tan claras en el caso de la anorexia nerviosa restrictiva.

Pero conjeturan que la diferencia radica en que en la anorexia restrictiva pueden mediar, directa o indirectamente, otros sistemas de neurotransmisores.

## **5.10 La anorexia nerviosa y el modelo del continuo**

El modelo del *continuo* suele ser utilizado para explicar el origen de la anorexia nerviosa por los teóricos de la psiquiatría comparativa, la etnopsiquiatría y la sociología. Desde este paradigma, la diferencia que se observa entre los sujetos que presentan actitudes normales dentro de la cultura —como los consumidores de las dietas de moda— y quienes padecen anorexia nerviosa está dada sólo por una cuestión de grado.

En 1955, Devereux acuña el concepto de *trastorno étnico*. Los criterios diagnósticos de este género de trastornos son, para Devereux (como se cita en Toro, 1996, págs. 319-320), los siguientes:

1. *El trastorno ocurre frecuentemente en la cultura en cuestión, especialmente si se lo compara con otros trastornos psiquiátricos.*
2. *A causa de la continuidad de sus síntomas y de la dinámica subyacente con elementos normales de la cultura, el trastorno se expresa mediante grados de intensidad y a través de un espectro que incluye formas limítrofes, "subclínicas".*
3. *El trastorno expresa conflictos esenciales y tensiones psicológicas generalizados en la cultura, pero que son tan agudos en el sujeto que desarrolla los síntomas, que se genera una grave ansiedad y se movilizan sus defensas psicológicas.*
4. *El trastorno es una vía final común para expresar una gran variedad de problemas personales idiosincrásicos y de malestar psicológico.*
5. *Los síntomas del trastorno son extensiones y exageraciones directas de conductas y actitudes normales dentro de la cultura, incluyendo a menudo comportamientos que suelen ser muy bien valorados.*
6. *El trastorno constituye un modelo para la expresión del estrés muy estructurado y ampliamente imitado.*



7. *Puesto que el trastorno incluye conductas valoradas positivamente, pero por otro lado, es una expresión de anomalía, suscita en los otros respuestas ambivalentes.*

Según Devereux (1973), *"el individuo afectado por trastornos psíquicos tiende a conformarse estrictamente a las normas del comportamiento «propias del loco» vigentes en la sociedad en que vive (...) Está, en cierto modo, precondicionado por su cultura, tal vez sin que él mismo lo sepa, pero ciertamente de una manera casi automática, para reaccionar a cualquier tensión violenta por medio de síntomas que no inventa, sino que le son facilitados «listos para usar» por su medio cultural"* (págs. 251-252).

Bastide (1972), siguiendo a Devereux, señala que lo que hace poco menos que incurable a la esquizofrenia no es su origen intrapsíquico, sino el hecho de que sus síntomas más característicos son sistemáticamente estimulados por ciertos fenómenos esenciales de nuestra civilización. Dice que es posible distinguir muchos tipos de psicosis, pero que la estructura característica *"del hombre normal y urbano es la esquizoide"* (pág. 129). Si un paciente agrega síntomas suplementarios a su personalidad básica esquizoide, los factores idiosincrásicos que lo llevaron a ello harán que presente una *"psicosis original (maníaco-depresiva, por ejemplo); sin embargo, su psicosis habrá sido construida indefectiblemente sobre una personalidad básica característica, que refleja nuestras estructuras sociales y, por consiguiente, es la misma para el esquizofrénico que para el hombre normal"* (pág. 129). Bastide (1972) enumera los rasgos estructurales de nuestra sociedad que coinciden, según la psiquiatría oficial, con los rasgos estructurales de la esquizofrenia: a. Impersonalidad de las relaciones humanas, b. Fría objetividad como ideal científico, c. Indiferencia afectiva y aislamiento en las grandes ciudades, d. Reducción de la sexualidad al nivel de un mero acto físico, e. Fragmentación del comportamiento cotidiano a raíz de la pertenencia a grupos que imponen roles muchas veces contradictorios, f. Seudorracionalismo como disfraz de las fantasías para adaptarse a la moda científica, g. Pérdida de la sensación de ser comprendido y de estar

comprometido en la vida social, *h.* Sensación progresiva de estar *poseído, manejado y colocado en relación de dependencia* por fuerzas contra las cuales nada puede hacerse, *i.* Pérdida del sentido de identidad personal, que incluye la masculinización de las mujeres y la feminización de los hombres, y *j.* Descalificación extrema de la autonomía que impide la realización de una verdadera *personalidad*, lo que empuja a la cólera y el anticonformismo inmaduro.

En años recientes, el término *trastorno étnico* cayó en desuso y fue reemplazado en la literatura por el de *síndrome asociado a la cultura*.

Prince, en 1985 (como se cita en Toro, 1996), cambia parcialmente la conceptualización de Devereux y define al *síndrome asociado a la cultura* como “un conjunto de signos y síntomas de enfermedad restringido a un número limitado de culturas primordialmente en razón de algunas de sus características psicosociales” (pág. 121). Explica, así, por qué padecimientos como la anorexia nerviosa no se desarrollarían en cualquier época y en toda la población, quedando restringidos a una cultura determinada.

Con posterioridad, y a fin de aplicarlo como Prince a la anorexia nerviosa, Vandereycken y Hoek (como se citan en Toro, 1996) dan una nueva definición de *síndrome asociado a la cultura*. Vandereycken y Hoek dicen que el *síndrome asociado a la cultura* “es una constelación de signos o síntomas, categorizada como una disfunción o enfermedad, restringido a ciertas culturas primordialmente en razón de características psicosociales distintivas de tales culturas” (pág. 20).

Tomando las ideas de Vandereycken y Hoek, Valiente (1997) hace hincapié en dos componentes esenciales de la *trama cultural* (pág. 17) en la que estamos insertos:

1. La autovaloración de las mujeres refleja en gran medida los valores que premia la sociedad. El mandato social propicia que las mujeres internalicen precozmente la idea que hace que la apariencia sea inseparable de la identidad y la autoestima, resultando el parámetro de la aceptabilidad social. Vivimos, afirma Valiente, “en un escenario sociocultural donde se etiqueta y

estigmatiza a jóvenes que adoptan conductas radicales de abstinencia, mientras al mismo tiempo se estimula la preocupación por el peso como la medida de lo social y moralmente valioso" (pág. 14). Quienes padecen anorexia nerviosa y bulimia poseerían características similares —formando parte de *"un verdadero continuo"* (pág. 14)— a las de todas las mujeres afectadas por un clima cultural que las alienta *"a sentirse extrañas en su propio cuerpo"* (pág. 14).

2. La pérdida de los tiempos pasados, cuando *"la casa constituía la unidad de producción y consumo"* y *"un miembro de la familia no podía decidir por sí solo el horario o el contenido de la comida"* (pág. 15).

En las sociedades contemporáneas, dice Valiente (1997) *"los rituales clásicos de comensalidad se atenúan y la alimentación se individualiza. Al mismo tiempo que las normas colectivas de comensalidad se empobrecen, se reorientan hacia el consumo industrializado, hacia el imperio del «fast-food». La moda de la «comida rápida» implica cierta libertad de consumir al margen de las ataduras familiares, de las reglas y costumbres de la sociabilidad alimentaria, de los constreñimientos del horario* (pág. 15).

El comer está, para Valiente (1997) *"poco investido de las características de una práctica socializada, en tanto cierta regulación colectiva y determinados condicionantes culturales apuntan exactamente en sentido contrario, es decir, al no comer"* (pág. 15).

Valiente (1997) cree que, para poder entender adecuadamente el fenómeno de los trastornos alimentarios, no deberían perderse de vista las características de la situación moderna, *"atravesada más bien por el individualismo y la autonomía antes que por la heteronomía que ha enmarcado tradicionalmente la relación del comiente con la alimentación"* (pág. 15). Señala, además, que *"desde un punto de vista socioantropológico se ha sugerido que ante la crisis de los «controles» culturales quizás los regímenes representen tan sólo un intento de restablecer cierto orden, una nueva norma consentida,*



*planteando cierta coacción aunque por el camino muy particular de la abstención*" (pág. 16).

Vandereycken, Castro y Vanderlinden (1991) sostienen que la sociedad actual ofrece —especialmente a las mujeres— un mensaje que asegura que *"sólo estando delgado se es atractivo y se da imagen de triunfo y competencia"* (pág. 12). Consideran que, a causa de ello, la mayoría de las mujeres están preocupadas por el peso y la comida. Sin embargo, si bien Vandereycken, Castro y Vanderlinden (1991) toman en cuenta que se ha sugerido *"que existiría un continuum entre la población normal, pero excesivamente preocupada por estos temas e incluso que sigue una dieta restrictiva, las formas menos graves de anorexia nerviosa y las formas más graves del trastorno"* (págs. 12-13), opinan que las jóvenes que desarrollan el cuadro completo de anorexia nerviosa presentan conductas y preocupaciones mucho más acusadas que el resto con respecto al peso, la comida y la sensación de ser un triunfador, y problemas individuales y/o familiares que las hacen más vulnerables a la presión social.

## **Capítulo 6**

### **Criterios de hospitalización, complicaciones y causas de muerte**

En el Primer Congreso Hispano Americano de Trastornos de la Conducta Alimentaria, organizado por el Departamento de Nutrición y Alimentos de la Universidad San Francisco de Quito, se establecieron los siguientes criterios para la hospitalización de quienes padecen anorexia nerviosa:

1. Pérdida rápida de peso: más del 20% del peso corporal en menos de un mes.
2. Índice de Masa Corporal 14 o menor, equivalente a menos del 85% del peso ideal.
3. Fracaso o falta de colaboración en el intento de recuperar peso (IMC > 15) o mejorar en la sintomatología del desorden después de 3 meses de tratamiento intensivo fuera del hospital.
4. Anormalidades médicas significativas como son: signos vitales inestables, compromiso de órganos hepático, renal o cardíaco.
5. Electrocardiograma con prolongación del intervalo QT u otras anormalidades.
6. Adultos con bradicardia menor a 40 latidos/minuto y niños con bradicardia menor a 50 latidos/minuto.
7. Adultos con hipotensión menor a 90/60 mm Hg y niños con disminuciones de presión ortostática de 10 a 20 mm Hg o cambios en el ritmo cardíaco mayores a 20 latidos por minuto.
8. Hipoglicemia (adultos con glucosa basal menor a 60 mg/dl).
9. Desbalance electrolítico característico de pacientes que abusan de vómito autoinducido, laxantes, diuréticos y/o ejercicio físico excesivo.
10. Hipotermia objetiva (menos de 36 grados C).
11. Idealización suicida o intentos de suicidio.
12. Psicosis.
13. Depresión o ansiedad incapacitante.

14. Abuso severo de sustancias con dependencia química.
15. Comorbilidad con otros trastornos emocionales que se encuentren fuera de control (estrés postraumático, personalidad limítrofe, desorden obsesivo-compulsivo, etc.).
16. Ambiente familiar tóxico o ausencia de disponibilidad de tratamiento ambulatorio.

Probst *et al.* y Fava, Rappe, West y Herzog (como se citan en Félix López, Nachón García y Hernández Parra, 2004) sostienen que la anemia es una de las secuelas más comunes de la anorexia nerviosa (un problema especialmente grave es la anemia perniciosa, causada generalmente por niveles muy bajos de vitamina B<sub>12</sub>). Probst *et al.* y Fava, Rappe, West y Herzog (como se citan en Félix López, Nachón García y Hernández Parra, 2004) señalan también que, en los casos extremos de anorexia, dado que la médula ósea reduce dramáticamente la producción de células sanguíneas, se puede producir pancitopenia.<sup>20</sup> Los síntomas de la pancitopenia son:

1. Debilidad y fatiga leves con aumentos paulatinos (el síndrome anémico, traducción de la hipoxia tisular, suele ser bien tolerado debido a que el paciente se adapta con cierta facilidad a la disminución lentamente progresiva de la concentración hemoglobínica).
2. Hemorragias cutáneas, nasal, gingival, vaginal, digestiva, en el SNC y/o retinianas (con el consiguiente trastorno visual).
3. Úlceras mucosas o infecciones bacterianas (menos frecuentes al comienzo). La evolución clínica se ve afectada principalmente por las infecciones y por la naturaleza y localización de las hemorragias. Las infecciones adquieren cada vez mayor importancia con el transcurso del tiempo

---

<sup>20</sup> Pancitopenia: disminución simultánea de las tres series celulares sanguíneas (hematíes o glóbulos rojos, leucocitos o glóbulos blancos y plaquetas).



Félix López, Nachón García y Hernández Parra (2004) afirman que, en la anorexia nerviosa, la deshidratación e inanición hacen que se reduzcan los niveles de líquido y el contenido mineral. Ambas reducciones, dicen, producen graves complicaciones en los casos en que los líquidos y los minerales no son rápidamente reemplazados.<sup>21</sup>

La pérdida de minerales en el nivel óseo, los bajos niveles de estrógeno y los niveles demasiado altos de hormonas esteroideas causan también osteoporosis (Félix López, Nachón García y Hernández Parra, 2004).

Vize y Cooper (como se citan en Félix López, Nachón García y Hernández Parra, 2004) han observado que la anorexia nerviosa puede llevar a que se produzcan daños en el sistema nervioso. Cuando se producen esos daños, los pacientes experimentan:

1. Crisis convulsivas.
2. Pensamientos desordenados.
3. Cosquilleo en manos y pies.
4. Pérdida de la sensibilidad en las extremidades.
5. Disfunciones olfativas y del gusto.
6. Sordera profunda temprana.

Según Holtkamp *et al.* y Stheneur, Rey, Parient y Alvin (como se citan en Félix López, Nachón García y Hernández Parra, 2004), los anoréxicos que padecen diabetes son proclives a sufrir hipoglicemia.<sup>22</sup> Los síntomas de la hipoglicemia son:

---

<sup>21</sup> Los desajustes electrolíticos se dan porque algunos minerales como el potasio, el calcio, el magnesio y el fósforo no se pueden disolver normalmente en los insuficientes niveles de líquidos orgánicos (el calcio y el potasio son particularmente esenciales para mantener las corrientes eléctricas que hacen que el corazón regule sus latidos).

<sup>22</sup> Hipoglicemia: se presenta cuando el azúcar o la glucosa del cuerpo descienden a niveles anormalmente bajos. El término *shock insulínico* se utiliza para describir la hipoglicemia severa que produce pérdida del conocimiento. La hipoglicemia es relativamente común en las personas diabéticas. Se desencadena por un exceso de insulina oral o de medicamento oral antiadiabético, cuando no se come lo suficiente, o por un incremento repentino del ejercicio sin compensarlo con una mayor ingesta de alimentos.

1. Fatiga.
2. Desazón general, intranquilidad y sensación de malestar.
3. Nerviosismo e irritabilidad.
4. Temblores.
5. Dolor de cabeza.
6. Hambre.
7. Sudores fríos.
8. Aceleración del ritmo cardíaco.
9. Visión doble o borrosa.
10. Confusión.
11. Convulsiones.
12. Coma.
13. Dificultad para dormir.
14. Pérdida de la memoria.
15. Desmayos.
16. Disminución del estado de conciencia.

Si bien Schütze (1980) recomienda el uso de sonda nasogástrica en los casos en que se presenta déficit ponderal de más del 35% en forma sostenida (durante varias semanas), advierte que se deben tener en cuenta las complicaciones que suelen derivar de la misma aplicación de la sonda. Entre esas complicaciones, dice Schütze (1980), están las que se producen por errores en la técnica del sondaje, las causadas por la instauración de un cuadro de íleo paralítico funcional y las ocasionadas por el rápido incremento de las cantidades administradas a través de la sonda.

Félix López, Nachón García y Hernández Parra (2004) consideran que las alteraciones cardíacas ocupan el primer lugar entre las causas de muertes en quienes padecen anorexia nerviosa severa. En muchos casos, señalan, el corazón tiende a desarrollar ritmos de bombeo anormales y bradicardias peligrosas. A este cuadro, agregan, se pueden sumar: *a.* Pérdida de tamaño de los músculos del corazón, *b.* Reducción del flujo sanguíneo y descenso de la

presión arterial, c. Subida de los niveles de colesterol, y d. Vasculopatías periféricas.

Félix López, Nachón García y Hernández Parra (2004) afirman que el riesgo de muerte prematura es dos veces más alto en quienes padecen anorexia nerviosa de tipo compulsivo purgativo que en quienes, padeciendo anorexia, solamente restringen su dieta. Según estos autores, el grupo de mayor riesgo incluye también a las personas que han estado enfermas durante más de seis años, las que fueron obesas antes de padecer anorexia, las que tienen trastornos de la personalidad y las que han formado matrimonios disfuncionales.

Challier y Carbol (como se citan en Félix López, Nachón García y Hernández Parra, 2004) consideran que el suicidio es la causa de la mitad de las defunciones en la anorexia nerviosa. Romo, Lorente y Salazar (1987) también señalan que el suicidio puede ser el acto que determine el final de algunas pacientes anoréxicas. La sensación de vacío, o de estar repleto de “agujeros negros” (Ronen y Ayelet, 2001, pág. 97), opera muchas veces como desencadenante de los intentos de suicidio.

Moizeszowicz (1996) cree que la tasa de mortalidad en la anorexia nerviosa supera el 10%. Cita, entre las causas más comunes de muerte, “*la inanición por el desbalance del volumen plasmático y electrolítico en el eje renina-angiotensina-aldosterona, las infecciones y la insuficiencia cardíaca*” (pág. 210).<sup>23</sup>

Wilson (1988) afirma que, en los casos severos de anorexia nerviosa, la tasa de mortalidad oscila entre un 7 y un 15%.

<sup>23</sup> Con respecto a la tasa de mortalidad, cabe recordar una vieja discrepancia observable entre las opiniones de Lasègue y Charcot. Para Lasègue (1873), salvo cuando interviene alguna enfermedad oportunista –por ejemplo la tuberculosis pulmonar– la anorexia no es mortal. En *La Anorexia Histérica* dice: “Por fundados que sean los temores yo no he visto, todavía, la anorexia culminar en la muerte, si bien, a pesar de esta verificación experimental, he pasado por inquietudes repetidas” (pág. 63). Para Charcot (como se cita en Raimbault y Eliacheff, 1989), en cambio, el padecimiento sigue siempre un curso inexorablemente fatal. Según su punto de vista “*El final fatal está ahí, amenazante*” (pág. 20). Y agrega: “*conozco por lo menos cuatro casos que concluyeron de ese modo*” (pág. 20). Probablemente ambos describan con exactitud lo que observan. Sólo que Lasègue, partiendo de supuestos distintos a los de Charcot, procede de manera también distinta; y ello genera, necesariamente, resultados distintos. Como para Lasègue “*el exceso de insistencia llama a un exceso de resistencia*” (pág. 61), la única conducta consecuente le parece el “*observar, callarse y recordar que cuando la inanición voluntaria data de varias semanas ya es un estado patológico que durará mucho*” (pág. 59). Su método no invasivo determina el resultado que luego habrá de observar: sus pacientes no mueren. Charcot, en cambio, autoritario e impaciente, convencido de la inminencia de un final fatal, recurre desde el principio a una serie de procedimientos que, por lo general, desencadenan lo que espera ver: sus pacientes mueren.



Samuel-Lajeunesse (1998), Jefe de Servicio en la Clínica de Enfermedades Mentales y del Encéfalo, del Hospital Sainte Anne de Paris, sostiene que *"la mortalidad de los trastornos del comportamiento alimentario es la más importante en Psiquiatría"* (pág. 134). Las estadísticas que posee, con personas seguidas durante 20 a 30 años, dan una tasa de mortalidad del 18,25%.

ALUBA (Asociación de lucha contra bulimia y anorexia) acepta el índice de mortalidad establecido por la Organización Mundial de la Salud: 15 al 20%.

## Capítulo 7

### La anorexia nerviosa masculina

Los informes de Morton (1689), Whytt (1764) y Willan (1790) demuestran que la anorexia nerviosa masculina —al igual que la femenina— dista de ser un fenómeno típico de nuestro tiempo.

Mientras que las anorexias secundarias en los hombres —asociadas tanto a fobias y otros síntomas neuróticos, como a determinadas manifestaciones del campo de la psicosis— se encuentran con mayor frecuencia entre adultos, la anorexia nerviosa masculina suele iniciarse entre los 12 y los 14 años. Si bien se desconoce el momento en que los pacientes a los que se refieren Morton y Willan comenzaron a padecer el trastorno, el paciente de Whytt se encontraba dentro de la franja de edad típica de nuestros días (14 años).

Un hecho que cabe destacar, y que hizo, entre otros, que en esta investigación no se incluyeran varones en la muestra, es la diferencia en la frecuencia de aparición de las anorexias masculinas y femeninas. En efecto, a juicio de los que han investigado el tema, las anorexias nerviosas masculinas presentan una frecuencia que oscila entre el 3 y el 20% en relación con las femeninas (Brusset, 1997, Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, 1996, Chinchilla Moreno, 1995, Schütze, 1980).

Dicha diferencia es entendida por Crispo, Figueroa y Guelar (1996) como un fenómeno que corrobora las hipótesis que destacan *“la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos”* (pág. 39).

Pero se pueden encontrar otras configuraciones clínicas que muestran diferencias muy marcadas en cuanto a su distribución por sexo, sin que ello implique necesariamente el efecto de una influencia ejercida por la presión del contexto sociocultural. Según el DSM-IV:

1. El masoquismo sexual se diagnostica en 1 mujer por cada 20 varones.
2. Las otras parafilias –por ejemplo, el exhibicionismo y el fetichismo– prácticamente no se diagnostican nunca en las mujeres.
3. Aproximadamente el 75-90 % de las personas que padecen fobia animal o ambiental son mujeres.
4. Las mujeres representan un 55-70 % de los pacientes que presentan miedo a las alturas.
5. Cerca del 75-90 % de las personas que padecen fobia situacional son mujeres.
6. Entre las mujeres se encuentra también el 55-70 % de los pacientes con fobia a la sangre, a las inyecciones o al daño.

Cuando alude al alto número de mujeres que padecen anorexia nerviosa en comparación con la escasa incidencia del padecimiento en los varones, Brusset (1984) afirma: *“no daré cuenta aquí más que a un hecho sobre el cual había insistido Freud: el desarrollo libidinal de la niña, a diferencia del desarrollo del varón, requiere un cambio de objeto, de la madre al padre y por tanto el abandono, al menos relativo, del objeto primario”* (pág. 206). Dicho cambio de objeto es más difícil en las futuras anoréxicas, dice Brusset, porque *“las relaciones con la madre han permanecido intensamente conflictivas y no elaboradas en tanto tales, debido, por ejemplo, a la organización del tipo falso self. (...) Además, las actitudes de la madre han podido estar determinadas en los primeros años en parte por el sexo del niño y lo son con evidencia en la adolescencia* (págs. 206-207).

Brusset (1984) cree que teniendo en cuenta estos sucesos *“se puede dar cuenta del predominio femenino en la anorexia y del hecho de que, en referencia a una problemática en parte común, los muchachos devienen toxicómanos mientras que las chicas devienen anoréxicas en el momento en que la adolescencia los confronta con problemas insolubles para ellos”* (pág. 207).

La problemática *“en parte común”* gira, para Brusset (1984), en torno a una *“disposición adictiva”* que, partiendo de las nociones de carencia de las



regulaciones narcisistas y de las investiduras secundarias —carencia en la posibilidad de internalización—, se aproxima *“a la psicopatología de los estados límite, a las estructuras narcisistas y a la psicopatía, así como a algunas estructuras psicosomáticas”* (pág. 209).

En lo que hace al modo de justificar la restricción alimentaria, los varones que padecen anorexia nerviosa no se diferencian demasiado de las mujeres anoréxicas. Si bien suelen poner el acento en el deseo de estar físicamente en forma (más que en el anhelo de estar delgados), a la hora de dar explicaciones a los otros y a sí mismos sobre las causas de la negativa a alimentarse, recurren, como ellas, a los argumentos que resultan aceptables para el medio ambiente en el cual están inmersos. Así, un adolescente chino residente en Hong Kong disminuyó su ingesta después de una caída en la que se fracturó los dientes. Aunque llegó a perder un 31% de su peso, nunca demostró temor a aumentar de peso ni se preocupó por verse gordo. El muchacho sólo se quejaba de una persistente sensación de hinchazón en el estómago (Toro, 1996).

En un estudio, en el que investigaron las diferencias entre los dos sexos en las actitudes y los comportamientos alimentarios en una población estudiantil de 471 estudiantes, tomados de clases de psicología de grado de dos colegios de humanidades de Midwestern, Nelson, Hughes, Katz y Russell Searight (1999) encontraron que el 66% de los varones con problemas alimentarios indicó que sentía terror respecto al sobrepeso. El 61% admitió pensar en la quema de calorías mientras hacía ejercicios y el 59% dijo estar preocupado por las grasas en su cuerpo.

Los jóvenes que padecen anorexia nerviosa también comparten con las mujeres anoréxicas la ausencia casi absoluta de actividad sexual genital. La CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud de la OMS) propone, como Criterio Diagnóstico de Investigación para la anorexia nerviosa masculina *“una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea)”* (DSM-IV, pág. 558).

Herzog, Bradburn y Newman (1990) señalan que los varones que padecen anorexia nerviosa presentan un grado importante de ansiedad en lo que respecta a actividades y relaciones sexuales. En *Sexuality in Males with Eating Disorders*, Herzog, Bradburn y Newman (1990) hacen referencia a los siguientes informes:

1. Al comparar a 29 hombres anoréxicos mayores de 18 años con 23 mujeres anoréxicas, Fichter y Daser (empleando la "Entrevista Estructurada para Anorexia Nerviosa y Bulimia" desarrollada por Fichter), en 1987, encontraron que los varones presentaban un nivel significativamente mayor de ansiedades sexuales que las mujeres. Quince (el 75%) mostraron un alto grado de disgusto hacia las relaciones sexuales. Varios se sentían ansiosos por involucrarse demasiado o quedar atrapados por las mujeres y expresaron que sentían timidez y falta de confianza hacia ellas. Fichter y Daser también notaron signos de represión sexual en los jóvenes entrevistados, lo que los llevó a destacar que el 80% de sus pacientes creció en familias que consideran a la sexualidad como un tema tabú. Solamente seis de esos 29 pacientes habían tenido relaciones sexuales antes de su enfermedad, sólo cinco se habían masturbado y el 95% registraba intentos de suprimir totalmente la actividad sexual.
2. Dally, en 1969, señaló que tres de seis pacientes masculinos que fueron observados por él rechazaban la idea de discutir temas sexuales y se mostraban reticentes respecto de formar una relación sexual. Otros dos anoréxicos no presentaban ningún interés sexual.
3. Uno de los seis pacientes anoréxicos tratados por Hasan y Tibbetts, en 1977, tenía un intenso temor a la sexualidad. Como en otras muestras, todos los pacientes de Hasan y Tibbetts presentaban un comportamiento sexual circunscripto antes de manifestarse el padecimiento y pérdida de interés sexual durante el episodio de anorexia.
4. Al estudiar a 27 varones que padecían anorexia nerviosa (con una edad promedio de 22 años), Burns y Crisp, en 1987, encontraron que la mayoría

admitía haber sentido un gran alivio ante la disminución de su actividad sexual durante la fase aguda del padecimiento.

Herzog, Bradburn y Newman (1990) señalan que Herzog *et al.*, en 1984, tras comparar 13 jóvenes anoréxicos y 14 bulímicos con una muestra controlada de mujeres con trastornos alimentarios de edad similar (todos se presentaron para ser evaluados en la Unidad de Trastornos Alimenticios del Hospital General de Massachusetts), llegaron a la siguiente conclusión: la muestra masculina difiere mucho de la femenina en términos de experiencia sexual. Los varones con trastornos alimentarios son significativamente menos tendientes a haber tenido relaciones sexuales antes del desencadenamiento del trastorno (aunque la edad promedio de la aparición en los hombres era levemente mayor), o a estar involucrados en una relación sexual al momento de la evaluación, que las mujeres que padecían anorexia nerviosa o bulimia. Estos resultados, dicen Herzog, Bradburn y Newman (1990), no concuerdan totalmente con los obtenidos por Crisp *et al.* en 1986. Al comparar las características de una muestra formada por 36 jóvenes anoréxicos con otra compuesta por 100 mujeres anoréxicas —el promedio de edad en ambos grupos era de aproximadamente 20 años— Crisp *et al.* encontraron que los varones les hacían saber que habían tenido una actividad sexual limitada antes de la aparición de las manifestaciones clínicas típicas de la anorexia nerviosa. Sin embargo, los niveles de baja actividad referidos por ellos no diferían significativamente de los que dijeron tener las mujeres anoréxicas. Entre los varones, la actividad sexual previa a la aparición de la patología alimentaria *"estuvo ausente en trece pacientes (36%), sin importancia en 15 (42%), marcado, pero en el campo de la fantasía en cuatro (11%), y alto en cuatro (11%)"* (pág. 42).<sup>24</sup>

Más allá de estas pequeñas diferencias, Herzog, Bradburn y Newman (1990) afirman que el resultado de los tratamientos de quienes padecen anorexia nerviosa está significativamente asociado con la frecuencia de actividad sexual

---

<sup>24</sup> Según Herzog, Bradburn y Newman (1990), los varones bulímicos parecen ser sexualmente más activos que los anoréxicos, tanto antes como durante la enfermedad.



desplegada durante el período que precedió al padecimiento alimentario. Señalan que Burns y Crisp encontraron que la ausencia o un nivel mínimo de fantasía o actividad sexual durante los años anteriores a la aparición del trastorno (predominantemente masturbación y coqueteo) se asocia con un pobre resultado de la terapia. Así, en el seguimiento, Burns y Crisp observaron que sólo dos de los 16 pacientes con peso estable de al menos un 85% del peso medio de la población no eran sexualmente activos, mientras que los ocho pacientes con completa *"falta de sentimiento sexual"* estaban por debajo de su peso (págs. 42-43).

Estos resultados hacen que Herzog, Bradburn y Newman (1990) concluyan que la anorexia nerviosa está realmente asociada con la inactividad sexual. De todos modos, reconocen que no queda claro hasta qué punto la inactividad sexual patológica es fomentada por los conflictos sexuales que dan lugar a la anorexia nerviosa, y hasta qué punto es una respuesta al estado de hambre extremo.

Además de la mencionada ausencia de actividad sexual genital, en los varones que padecen anorexia nerviosa masculina se observan, por lo general, rasgos femeninos en el carácter. Whytt (como se cita en Silverman, 1990) menciona, por ejemplo, que el muchacho de catorce años tratado por él en 1764, era portador de *"un hábito débil y delicado"* (pág. 5). Crispo, Figueroa y Guelar (1996) sostienen que *"un número significativo de los varones con trastornos de la alimentación es homosexual, lo que no significa que sea privativo de ese grupo"* (pág. 39).

Herzog, Bradburn y Newman (1990) señalan al respecto:

1. Burns y Crisp concluyeron que los hombres con trastornos en la alimentación no están más confundidos sobre su género que lo que lo están las mujeres con estos trastornos.
2. Hasan y Tibbetts notaron que sus pacientes masculinos con anorexia presentaban una notable falta de seguridad masculina o identificación con

otros hombres. Piensan que el temor a la masculinidad, con particular referencia al rol heterosexual, es una característica notoria de los varones que padecen anorexia nerviosa.

3. Fichter y Daser consideraron que, los niveles muy bajos obtenidos por su muestra de anoréxicos masculinos en la escala de "masculinidad-femeneidad" del Inventario de Personalidad Freiburger (dichos niveles son una señal de femineidad), indicaban un desarrollo poco claro de la identidad de género. Las entrevistas con estos pacientes les mostraron que ellos se ven a sí mismos y son vistos por otros como más femeninos que otros hombres, tanto en las actitudes como en los comportamientos. Muchos contaron que de niños había preferido actividades tradicionalmente femeninas en lugar de los juegos preferidos por los varones (65%), y cuatro (20%), que hubiesen preferido ser mujeres.
4. Si bien es cierto que algunos pacientes anoréxicos tienen una orientación homosexual constante en su vida erótica, algunos —particularmente los adolescentes— sólo se involucran en comportamientos homosexuales transitorios. Para estos pacientes, la actividad homosexual puede ser parte de la experimentación sexual o un modo de actuar (un paciente de la Unidad de Trastornos Alimenticios del Hospital General de Massachusetts, v. gr., explicó que su comportamiento homosexual promiscuo y su bulimia eran formas de revelarse y luchar contra el control impuesto por sus padres sobreprotectores).

En la Consultoría de Trastornos en la Alimentación dependiente de la Dirección de Salud de la Universidad de Buenos Aires, se pudo observar que más que una homosexualidad manifiesta, lo que se presenta generalmente en los varones que padecen anorexia nerviosa es un carácter femenino (derivado de una identificación hegemónica con la figura materna).<sup>25</sup> También se encontró que,

---

<sup>25</sup> Para Freud, el factor más significativo en la constitución del carácter —que forma parte de la diversidad de lo normal (Freud, 1939a)— es aquel que deriva de la incorporación de la instancia parental en calidad de superyó (1933a). Le siguen en importancia las identificaciones con ambos progenitores, con otras personas influyentes y con los precipitados de vínculos de objeto resignados que afectan exclusivamente al yo (Freud, 1933a, 1939a). Además, en los rasgos de carácter encontramos continuaciones inalteradas de las pulsiones originarias —expresiones directas de la pulsión—, regresiones, represiones que han alcanzado tersamente su

en algunos casos, el carácter femenino quedaba oculto por una posición de hipervirilidad compensatoria.

Chinchilla Moreno (1995), al aludir a los factores psicológicos de vulnerabilidad ante la anorexia nerviosa en los varones, hace hincapié en *“la preocupación por la identidad genérica”* (pág. 4).

Según Parral, Cena, Contreras, Bonsignore y Schust (1996), en los varones que padecen anorexia nerviosa se observa, sobre todo, *“conflictos en relación con el padre y apego excesivo a la madre”* (pág. 72). En los casos de anorexia nerviosa masculina observados en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, encontraron que el padre *“no tiene un papel periférico, como en el caso de la anorexia femenina, pero ha delegado en la madre el cuidado del niño durante la primera infancia. La madre sigue ligada a su familia original, en la que se ha refugiado, sin haber podido cortar los lazos emocionales con ella. El padre, por tanto, tiene una actitud volcada hacia «el afuera» y una indiferencia marcada hacia lo que él llama «asuntos domésticos»”* (pág. 73).

Rastreando las historias de sus pacientes, encuentran que los padres, *“muchas veces autoritarios o violentos, con dificultad para expresar afectos en relación a los hijos, no han podido establecer un verdadero modelo dentro de la familia, que vaya ubicando al niño, desde niño, dentro del área o dentro del orden social que corresponde a lo masculino”* (pág. 73).

Sin embargo, también observan que esta actitud de los padres cambia súbitamente cuando el muchacho llega a la pubertad. En ese momento

---

meta —sin retorno de lo reprimido— (Freud, 1913i), sublimaciones y formaciones reactivas (Freud, 1905d, 1908b, 1913i, 1933a). También los efectos de los traumas tempranos contribuyen a la conformación del carácter (Freud, 1939a). En las deformaciones o anomalías del carácter, el yo no se opone a la regresión operante tras la represión, como sucede en las neurosis, sino que se identifica con su producto (Freud, 1926f, 1937c). El Hombre de los Lobos, quien padeció una alteración del carácter previa a la eclosión de su neurosis infantil, se tornó irritable, violento y proclive a atormentar a todos los que lo rodeaban como consecuencia de una regresión a la etapa sádico anal tras la sofocación del onanismo (Freud, 1918b). Una regresión a esa misma etapa (sádico-anal), hace que algunas mujeres alteren su carácter después de resignar sus funciones genitales y se vuelvan peleadoras, martirizadoras, mezquinas y avaras (Freud, 1913i). A esta identificación con el producto de la regresión se agrega, en la alteración del carácter, una identificación con un objeto hostil o decepcionante. Así, una joven enemistada con su madre desde la latencia puede, al casarse, tomarse cada vez más parecida a ella y dirigir a su pareja frases ofensivas y amenazas idénticas a las que le profería la madre cuando la martirizaba en la infancia. Un proceso análogo se observa en las jóvenes anoréxicas que obligan a comer a otros lo que de ningún modo aceptarían comer ellas mismas. En ambos casos, el yo no se encuentra frente a un intruso que amenaza y menoscaba su unicidad (como en el síntoma); él mismo se ha



*reaparecen* en la vida del hijo pretendiendo adquirir un papel rector. Desde el autoritarismo, dicen Parral, Cena, Contreras, Bonsignore y Schust (1996), los padres quieren hacerlo hombre o mostrarles cómo funciona *el mundo de los hombres*. Dicha actitud del padre parece basada en su propio narcisismo, al que intenta sostener desde la imagen ideal del hijo varón. El antiguo vínculo con la madre, *“a quien el niño «ha cedido el cuerpo» es ahora criticado y el niño no tiene cómo o con qué responder a esta demanda paterna”* (pág. 73).

Los pacientes analizados por Fichter y Daser (como se citan en Herzog, Bradburn y Newman, 1990), parecían identificarse más con sus madres que con sus padres. Empleando un diseño de prueba semántico diferencial, Fichter y Daser les pidieron a los pacientes que se catalogaran a sí mismos, a sus madres, y a sus padres sobre la base de una escala de bipolaridad de 16 puntos. Los pacientes de la muestra se describieron como más parecidos a sus madres que a sus padres en la mayoría de los ítems, especialmente en los que puntuaban el hecho de ser tristes, culposos y suaves. Varios pacientes contaron que se veían a sí mismos similares a sus madres en las expresiones emocionales, en la sensibilidad, y el humor.

En lo que se refería al vínculo con el padre, los pacientes anoréxicos de Fichter y Daser también experimentaban relaciones pobres o inexistentes con ellos:

1. Casi un tercio no había vivido con sus padres mientras crecían.
2. El índice de mortandad de estos padres de hijos menores de quince años doblaba el de una muestra comunitaria.
3. Aquellos padres que permanecían con las familias de los pacientes a menudo jugaban roles periféricos y el conflicto marital era frecuente.
4. La relación íntima y cercana que la mayoría tiene con sus madres conduce a una red familiar simbiótica con falta de presencia paterna fuerte.

---

alterado y ahora mira al mundo por los ojos del objeto que, en el pasado, lo agredió o lo frustró (Losinno, 2003).

Al investigar las diferencias entre los dos sexos en las actitudes y los comportamientos alimentarios, Nelson, Hughes, Katz y Russell Searight (1999) llegaron a resultados similares a los de Fichter y Daser. Los objetivos de la investigación de Nelson, Hughes, Katz y Russell Searight (1999) fueron: *a.* Documentar el grado de frecuencia de síntomas indicativos de la anorexia, *b.* Comparar el clima familiar, la dinámica entre padres e hijos y las autopercepciones de los estudiantes con y sin actitudes y comportamientos alimentarios de mala adaptación, y *c.* Examinar la relación entre actitudes y comportamientos alimentarios y el grado de afección psicológica actual.

En la investigación, Nelson, Hughes, Katz y Russell Searight (1999) evaluaron las actitudes y los comportamientos alimentarios utilizando la versión abreviada del Test de Actitudes Alimentarias de Garner y Garfinkel (EAT-26) 1979. El clima familiar fue evaluado por medio de la Escala sobre el Ambiente Familiar de 90 puntos de Moos y Moos (FES). Las relaciones entre padres e hijos fueron evaluadas a través de la versión abreviada del Inventario del Informe Infantil sobre el Comportamiento Paterno (CRPBI-30) de Schludermann y Schludermann, que mide tres dimensiones respecto a la función paterna (para madres y padres de manera individual): control psicológico/autonomía psicológica, aceptación/rechazo y control firme/control laxo. Los conceptos de sí mismos se evaluaron utilizando la Escala Tennessee de Auto Percepciones (TSCS) de Roid y Fitts. Las anomalías psicológicas fueron evaluadas por medio del Índice Global de Severidad (GSI) del Inventario Corto de Síntomas (BSI) de Derogatis y Spencer (una versión abreviada del *Symptom Checklist 90-Revised*, inventario del autoinforme sobre los síntomas psiquiátricos actuales).

La *Orientación hacia los Logros* fue la única variable de las relaciones familiares que distinguió a las mujeres con problemas alimentarios de aquéllas que no los sufrían. Esa sub-escala refleja hasta qué punto ciertas actividades (por ejemplo, las desarrolladas en la escuela o en el trabajo) están insertas en un marco competitivo u orientado hacia los logros. Estos hallazgos resultan consistentes con las observaciones de Bruch sobre las anoréxicas y sus familias. Según Bruch (como se cita en Nelson, Hughes, Katz y Russell Searight, 1999) las

anoréxicas no sólo presentaban logros académicos importantes, sino que *“se esperaban grandes cosas de ellas, por ejemplo, mejorar el futuro familiar, remediar las frustraciones paternas o compensar a un hermano problemático”* (pág. 630).

Los varones con problemas alimentarios presentaron un cuadro diferente. Mientras que el grupo femenino se caracterizaba por la falta de aceptación respecto a sus cuerpos y la baja autoestima personal, los disturbios psicológicos actuales fue la variable que los diferenció. Al contrario de lo que sucede con las mujeres, para los varones la variable de las relaciones familiares que más contribuía con la predicción de las marcaciones en el EAT-26 era la del *Control Psicológico del Padre*.



## Capítulo 8

### Estado actual del conocimiento

En los últimos años, y desde distintos marcos teóricos, se han realizado varios estudios que intentan establecer cuáles son las principales características de los padres (varones) de quienes padecen anorexia nerviosa. Si se atiende a sus objetivos, dichos estudios pueden dividirse en tres grandes grupos:

1. Los que buscan desentrañar si existen características comunes a todos los padres de quienes padecen el trastorno desde la óptica de un observador externo.
2. Los que procuran descubrir si existen características comunes a todos los padres de quienes padecen anorexia nerviosa apelando a la opinión de la hija afectada.
3. Los que intentan establecer cuál es la imagen subjetiva de padre que opera en el aparato psíquico de las pacientes.

#### **8.1 Investigaciones que buscan desentrañar cuáles son las características de los padres de quienes padecen anorexia nerviosa desde la óptica de un observador externo**

Al estudiar las características de los padres de cincuenta y dos pacientes en tratamiento, Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) llegan a las siguientes conclusiones: *a.* Son sujetos dependientes de sus propias familias de origen, *b.* En el seno de esas familias fueron sometidos a sufrir –por diversas razones– severas carencias afectivas, *c.* Exhiben actitudes machistas, *d.* Revelan la necesidad de encontrar en sus esposas un sustituto materno de tipo asistencial preadolescente (esperando una presencia siempre disponible), *e.*

Están emocional y físicamente distantes de los hijos, y *f*. Les reclaman a éstos, al igual que a sus esposas, el afecto y la atención que no recibieron de sus propios padres.

Morales, Hernández y Doerr-Zegers (1994) realizaron un *"análisis sistémico exhaustivo"* (pág. 261) de once familias con hijas anoréxicas. Después de una secuencia de encuentros con la paciente, los padres de la paciente, el subsistema fraterno, el sistema parento-conyugal y la familia en su totalidad, concluyen que: *a*. Las madres y los padres de las pacientes muestran una incapacidad similar para constituir una verdadera pareja y para crear canales afectivos con los hijos, y *b*. En las familias estudiadas se observa una verdadera disputa por la atención y el afecto de los padres. Morales, Hernández y Doerr-Zegers (1994) aclaran que esto último *"vale tanto para la generación de la paciente con respecto a sus padres como para la generación de estos con respecto a los suyos"* (pág. 267).

Fitzgerald y Lane (2000), al intentar comprender mejor las causas del desorden (con el objetivo de diseñar estrategias más efectivas de tratamiento), señalan que el rol del padre es a menudo ignorado en la etiología de la anorexia de la hija. Los resultados de su investigación los lleva a concluir que la joven anoréxica no tiene confianza en su habilidad para conquistar la tarea de convertirse en un ser sexuado. En parte, dicen Fitzgerald y Lane (2000), ello se debe a que la persona que podría ayudarla a lograr la confianza necesaria en este nuevo rol es su padre, pero que a menudo éste no está emocionalmente disponible. Agregan que, la falta de compromiso del padre en la vida de su hija contribuye a los resultados de dependencia y enmarañamiento con la madre. Siguiendo a Mahler, Fitzgerald y Lane (2000) sostienen que a la joven anoréxica le falta este deseo por el padre, o bien porque el padre estaba ausente, sus padres no estaban juntos o el rol del padre era demasiado débil para superar el fuerte apego al objeto maternal del cual emergió la niña. Consideran que el padre falla desde la infancia de la paciente en involucrarse con ésta y con su esposa, impidiendo así los procesos de desarrollo indispensables para una personalidad segura de la hija. Observan que, mientras que las jóvenes anoréxicas tienen

“hambre” de una relación con sus padres, y las madres tienen hambre de una conexión con sus esposos, éstos están ausentes repitiendo los comportamientos distantes de sus propios padres.

Los resultados de la investigación de Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), los de Morales, Hernández y Doerr-Zegers (1994) y los de Fitzgerald y Lane (2000) son coincidentes en dos puntos: *a.* Los padres de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa están emocional y físicamente distantes de sus hijas, y *b.* Estos padres parecen repetir con sus hijas –y con a sus esposas– el vínculo carente de afecto y la atención que en el pasado sus propios padres establecieron con ellos.

## **8.2 Investigaciones que buscan descubrir si existen características comunes a todos los padres de quienes padecen anorexia nerviosa a través de la opinión de la hija afectada**

Murphy, Troop y Treasure (2000) utilizaron el *Sibling Inventory of Differential Experience* (SIDE) para comparar a 28 mujeres que desarrollaron anorexia nerviosa con sus hermanas no anoréxicas. Murphy, Troop y Treasure (2000) observaron que las jóvenes afectadas decían haber experimentado mayor control materno (atención) que las hermanas no afectadas. En lo que respecta al padre, los resultados del estudio indicaron que el control paterno era mayor en el caso de la hermana no afectada.

Castro, Toro y Cruz (2000) compararon a un grupo de 158 adolescentes del sexo femenino, que cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia nerviosa, y a un grupo extraído de la población general compuesto por 159 adolescentes de sexo femenino utilizando el cuestionario *Mis Memorias de Crianza para Adolescentes* (EMBU-A) (las edades de los miembros de ambos grupos variaban entre los 12 y 18 años). En franca oposición con la observación clínica, en la investigación se comprobó que la única diferencia significativa entre ambos grupos radicaba en que las jóvenes anoréxicas percibían



más *Calidez emocional* por parte de los padres (varones). Castro, Toro y Cruz (2000) también observaron que un alto nivel de *Rechazo* por parte del padre operaba como estadísticamente significativo para predecir malos resultados en los tratamientos a corto plazo.

Humphrey (1986) examinó las diferencias perceptibles en las relaciones familiares entre familias con una hija bulímica, una anoréxica bulimiforme y una normal, reclutadas en escuelas y universidades de Oregon y Wisconsin. Las jóvenes bulímicas y anoréxicas acababan de iniciar un tratamiento por su desorden alimentario y cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-III para la bulimia y la anorexia nerviosa de tipo purgativo (la edad promedio de las hijas de los tres grupos era cercana a los 18 años). Cada una de las familias completó la *Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar* (FACES) y la *Escala del Entorno Familiar* (FES).

Según los resultados de la investigación, los padres de las jóvenes que padecen bulimia muestran una gran dificultad para controlar las propias tensiones e impulsos. Después de mencionar que dichos padres suelen ser adictos o depresivos, Humphrey (1986) dice: *“Otro aspecto llamativo de la relación padre-hija es que frecuentemente están más unidos antes de que empiece la adolescencia. Las bulímicas relatarán recuerdos conmovedores de la última vez que sus padres las estrecharon entre sus brazos o las alabaron años atrás. Es decir que probablemente la transición de la época de «la nena de papá» a la sexualidad adolescente y la separación sean traumáticas para ambos”* (pág. 154). Humphrey (1986) cree que es probable que el padre se sienta alarmado por sus propios impulsos hacia la hija, que se ha desarrollado sexual y emocionalmente. Considera también que esa alarma *“puede relacionarse con el control estricto que ejercen los padres sobre sus hijas, que implica controlarse indirectamente a sí mismos”* (págs. 154-155). En lo que respecta a las jóvenes anoréxicas, tras administrar el *Modelo del Análisis Estructural del Comportamiento Social* (SASB) de Benjamín a 74 tríadas familiares –incluyendo una hija adolescente y sus padres biológicos– Humphrey (1989) llega a las siguientes conclusiones: a. Los problemas familiares son factores importantes pero no los únicos en la etiología

del trastorno que padecen las hijas, y *b*. Los padres (varones) son más afectuosos y contenedores pero también más propensos a ignorar y descuidar a sus hijas que los padres de los subgrupos bulímicos o los del grupo de control.

Nelson, Hughes, Katz y Russell Searight (1999) evaluaron los comportamientos alimentarios, el clima familiar, las relaciones entre padres e hijos, los conceptos de sí mismos y la relación entre el comportamiento alimentario y el nivel de perturbación psicológica actual de 471 estudiantes de psicología de grado (333 mujeres y 138 varones), de dos colegios de humanidades de Midwestern (las edades de los participantes variaban entre 17 y 24 años). Concluyen que los hallazgos del estudio —en el que se utilizaron el *Test de Actitudes Alimentarias* (EAT-26), la *Escala sobre el Ambiente Familiar* (FES), una versión abreviada del *Inventario del Informe Infantil sobre el Comportamiento Paterno* (CRPBI-30), la *Escala Tennessee de Auto Percepciones* (TSCS) y el *Índice Global de Severidad* (GSI) del *Inventario Corto de Síntomas* (BSI) junto a una versión abreviada del *Symptom Checklist 90-Revised*— son consistentes con las observaciones realizadas por Bruch con anoréxicas y sus familias. Los padres de las anoréxicas aparecen como enormemente preocupados por las apariencias externas y los logros que pueden ser medidos de sus hijas.

También Cooper, Todd y Wells (1998) utilizaron el *Test de Actitudes Alimentarias* (EAT) para obtener información acerca de los contenidos, los orígenes y las consecuencias de las creencias disfuncionales en la anorexia nerviosa y la bulimia en una investigación en la que participaron doce mujeres con diagnóstico de anorexia nerviosa, doce mujeres con diagnóstico de bulimia nerviosa y doce mujeres sin historia de desórdenes alimentarios o depresión. Junto con el EAT, Cooper, Todd y Wells (1998) realizaron una entrevista semiestructurada con cada paciente y administraron el *Inventario de Depresión* de Beck y la *Escala de Autoestima* de Rosenberg.

Tanto las jóvenes con diagnóstico de anorexia nerviosa como aquellas que fueron diagnosticadas como bulímicas mostraron creencias disfuncionales acerca del cuerpo, la imagen, la alimentación y acerca de sí mismas. Las creencias disfuncionales acerca del cuerpo, la imagen y la alimentación se

centraban en aquello que las jóvenes atribuían al hecho de ser flacas o gordas. Las creencias disfuncionales acerca de sí mismas fueron, sin excepción, negativas. Incluían sentimientos acerca de no valer, no sentirse útiles, ser inferiores, ser un fracaso, estar solas y sentirse abandonadas.

Cooper, Todd y Wells (1998) dicen que: *"La mayoría de las pacientes pudo identificar los orígenes específicos de sus creencias negativas. Generalmente eran experiencias displacenteras e incluían abuso físico o emocional, negligencia, falta de atención o incompreensión por parte de los padres, maestros o pares"* (pág. 5).

En 1988, Engel y Stienen, del Departamento de Enfermedades Psicosomáticas y Psicoterapia de la Clínica Médica del Hospital de la Universidad de Hamburgo, llevaron a cabo un estudio empírico comparando los padres de 96 pacientes anoréxicas severas con los padres de 111 familias de un grupo normal representativo. Categorizaron las actitudes paternas en cuatro modelos, a los que llamaron: padre "débil" (dominado por la esposa, pasivo y despreocupado por los problemas familiares), padre "brutal" (beligerante, entregado a los estallidos de cólera, egocéntrico y empeñado en el éxito), padre "apegado" (elige a la hija como la «mejor compañera», se siente desamparado sin ella y con riesgo de transgredir la barrera del incesto) y padre "ausente" (emocional o físicamente ausente). En comparación con las familias normales, Engel y Stienen (1988) encontraron: a. Diferencias significativas con respecto a la predominancia de padres "apegado" y "brutal" en las familias con una hija anoréxica, b. ausencia de diferencias significativas en lo que hace al padre "débil", y c. Un predominio de padre "ausente" en las familias del grupo normal.

A fin de contrastar algunas hipótesis de la teoría sistémica referidas a la existencia de un estilo de interacción propio de las familias de quienes padecen anorexia nerviosa,<sup>26</sup> Calam, Waller, Slade y Newton (1990) administraron el *Instrumento de Vínculo Parental* (PBI) a 98 pacientes con desórdenes

---

<sup>26</sup> Según Calam, Waller, Slade y Newton, el estilo de comunicación de las familias con un miembro con desorden alimentario de tipo anoréxico incluiría: rigidez, enmarañamiento (donde los límites entre los roles de los individuos son indistintos), pobre resolución de los conflictos, y sobreprotección (entendida como un excesivo compromiso paternal en los temas de los hijos).



alimentarios anoréxicos y bulímicos y a 242 sujetos sin trastorno alimentario. Los resultados mostraron que las mujeres con desórdenes alimentarios tendían a ver a sus madres como poco afectuosas y a sus padres como sobreprotectores y poco afectuosos.

Por su parte, Russell, Kopec-Schrader, Rey y Beumont (1992) utilizaron el *Instrumento de Vínculo Parental* (PBI) para comparar a 54 adolescentes que padecían anorexia nerviosa con 54 pacientes psiquiátricos —sin trastornos alimentarios— y una muestra normal. En este estudio, los pacientes con anorexia nerviosa estimaron a sus madres y padres de manera similar a los sujetos no clínicos en las escalas de afecto y sobreprotección. Con respecto a los cuadrantes paternos, los pacientes con anorexia nerviosa reportaron, más de lo que lo hacían los pacientes no anoréxicos, que sus padres eran protectores y mostraban poca tendencia a la sobreprotección.

Cavoto (1999) se propuso examinar, tanto los patrones del funcionamiento familiar de los pacientes con trastornos en la alimentación (por ejemplo los emocionales), como la forma en que dichos patrones se relacionan con las patologías individuales actuales. En el estudio 1, la muestra estaba compuesta por 85 mujeres jóvenes a las que nunca se les había diagnosticado ninguna clase de trastorno alimentario o depresivo. En el estudio 2, se examinaron 56 mujeres a las que se les habían diagnosticado trastornos alimentarios o depresivos (Anorexia Nervosa, sub clase restrictiva:  $n = 11$ ; Anorexia Nervosa, alimentación compulsiva/sub clase purgadora:  $n = 17$ ; Bulimia Nerviosa:  $n = 11$  y Trastorno Depresivo Unipolar:  $n = 16$ ) y 11 controles normales.

El estudio 1 reveló que la expresión de emociones negativas dentro del ámbito familiar constituía un factor de predicción de la sintomatología anoréxica, mientras que la inconsistencia de las reglas familiares y las expectativas predecían la sintomatología depresiva. Los resultados del estudio 2 mostraron que las expresiones de emociones negativas dentro del entorno familiar marcaban la diferencia entre las distintas clases específicas de trastornos de la alimentación. Las pacientes restrictivas señalaron que ambos padres expresaban las emociones negativas en menor medida que las purgadoras.

Como puede verse, mientras algunos de los resultados de estas investigaciones coinciden con los de las que buscan desentrañar cuáles son las características de los padres de quienes padecen anorexia nerviosa desde la óptica de un observador externo, otros presentan un franco contraste con ellos.

La investigación de Humphrey (1986), por ejemplo, parece indicar que los padres de las anoréxicas son más propensos a ignorar y descuidar a sus hijas que los padres de las jóvenes del subgrupo bulímico o las del grupo de control. Murphy, Troop y Treasure (2000) señalan que los resultados de su estudio indican que el control paterno era mayor en el caso de la hermana no afectada que en el caso de la joven anoréxica. La falta de afecto del padre hacia la hija aparece claramente en los resultados de las investigaciones de Calam, Waller, Slade y Newton (1990) y Engel y Stienen (1988). Cooper, Todd y Wells (1998) dicen que la mayoría de las pacientes pudo identificar los orígenes específicos de sus creencias negativas —creencias que incluían sentimientos acerca de no valer, no sentirse útiles, ser inferiores, ser un fracaso, estar solas y sentirse abandonadas— en experiencias displacenteras e incluían abuso físico o emocional, negligencia, falta de atención o incomprensión por parte de los padres, maestros o pares. La propensión de los padres de las jóvenes anoréxicas a estar enormemente preocupados por las apariencias externas y los logros de sus hijas que pueden ser medidos, que se desprende de la investigación de Nelson, Hughes, Katz y Russell Searight (1999), es coincidente con la falta de atención y comprensión que se observa en los resultados de Cooper, Todd y Wells (1998). La investigación de Cavoto (1999), por su parte, reveló que la expresión de emociones negativas dentro del ámbito familiar constituía un factor de predicción de la sintomatología anoréxica.

Las investigaciones de Castro, Toro y Cruz (2000) y las de Russell, Kopec-Schrader, Rey y Beumont (1992) están en franca oposición con la observación clínica y con las investigaciones anteriores. Pero si bien Castro, Toro y Cruz (2000) consideran que, en la investigación se comprobó que, la única diferencia significativa entre las jóvenes anoréxicas y las que formaban parte de la población general radicaba en que las jóvenes anoréxicas percibían más *Calidez*

*emocional* por parte de los padres (varones), reconocen que los resultados conflictivos de la investigación pueden estar determinados por el uso de cuestionarios de autoinforme. También Russell, Kopec-Schrader, Rey y Beumont (1992) aceptan que, el hecho de que las pacientes con anorexia nerviosa valoraran a sus padres más positivamente de lo que lo hicieron las jóvenes normales, podría ser visto en función de la tendencia a idealizar a sus padres de las pacientes con anorexia nerviosa, así como la propensión a estar particularmente preocupadas por las apariencias.

### **8.3 Investigaciones que intentan establecer cuál es la imagen subjetiva de padre que opera en el aparato psíquico de quienes padecen anorexia nerviosa**

Moulds *et al.* (2000) investigaron la relación entre el nivel de *Emoción Expresada* (EE), percibida por 19 pacientes hospitalizados con anorexia nerviosa, sus hermanos de edad más cercana y sus padres y el efecto de dicha percepción sobre el aumento de peso y el funcionamiento psicológico. Los resultados sugirieron que las relaciones de las pacientes con ambos padres y con los hermanos impactan sobre el funcionamiento psicológico que miden las escalas de *Desconfianza interpersonal* y *Perfeccionismo* del EDI-2, pero no aportó mayores datos sobre el clima afectivo de las familias que incluyen un miembro que padece anorexia nerviosa.

Interesados en el estudio del rol de la familia en la patogénesis y el tratamiento de los trastornos en la alimentación, Szabo, Goldin y Le-Grange (1999) emplearon la *Escala de Relaciones Familiares*, para evaluar una muestra de 17 pacientes con trastornos alimentarios y sus familias y 20 controles no psiquiátricos y sus familias. El estudio indica que las anoréxicas perciben menos jerarquía familiar que los sujetos de control no psiquiátrico. Ello implica que, desde la óptica de las pacientes, el padre no aparece como formando parte de



una estructura de poder discernible que tome la responsabilidad del liderazgo y la puesta de límites.

Bottino *et al.* (2003) utilizaron el *Método del Tema Central del Conflicto en la Relación* (CCRT) para analizar los relatos que aparecieron en las primeras cinco sesiones de una estudiante de Nutrición de 24 años que padecía compulsión alimentaria periódica (en la investigación se tuvieron en cuenta las interacciones con la madre, el novio, el jefe, los amigos y el terapeuta). El estudio arrojó los siguientes resultados: el deseo principal de la paciente consiste en *ser amada y entendida*, aunque en ciertas ocasiones necesita *reafirmarse y ser independiente*. Considera que los otros responden ante esos deseos *controlándola u oponiéndose y estando en contra*. Ante dichas reacciones, la paciente se siente *decepcionada y deprimida y desamparada*.

En la Cátedra Seminario II - Trastornos en la alimentación de la Carrera de Psicología de la Universidad de Morón se empleó el *Método del Tema Central del Conflicto en la Relación* (CCRT) para analizar los episodios de relación con el padre, con el médico clínico (Dr. Katz) y con el psiquiatra (Dr. Gold) que aparecen en el *Diario de una anoréxica*, de Lori Gottlieb (Losinno *et al.*, 2005). La aplicación del CCRT a los relatos autobiográficos dió los siguientes resultados (ver tabla completa en Anexo F):

1. En su relación con el padre, la joven desea fundamentalmente *ser amada y entendida* (63,15%). Considera que el padre reacciona ante ese deseo *oponiéndose y estando en contra* (51,42%). Ante la reacción del padre, Gottlieb se siente *decepcionada y deprimida* (32,14%).
2. En su relación con el médico clínico (Dr. Katz), la joven desea *ser amada y entendida* (75,00%). Considera que el Dr. Katz reacciona ante ese deseo *oponiéndose y estando en contra* (39,13%). Ante la reacción del Dr. Katz, Gottlieb se siente *decepcionada y deprimida* (35,71%).
3. En su relación con el psiquiatra (Dr. Gold), la joven desea *ser amada y entendida* (57,89%). Considera que el Dr. Gold reacciona ante ese deseo

*oponiéndose y estando en contra (52,08%). Ante la reacción del Dr. Gold, Gottlieb se siente decepcionada y deprimida (39,58%).*

Los resultados de la investigación de Szabo, Goldin y Le-Grange (1999) son consistentes con la mayoría de los resultados de las otras investigaciones (salvo, como se vio, con los resultados de las investigaciones de Castro, Toro y Cruz y de Russell, Kopec-Schrader, Rey y Beumont). Desde la óptica de las pacientes, el padre aparece como una figura distante, que no toma la responsabilidad de liderar ni la de poner límites.

Los resultados de la investigación empírica de Bottino *et al.* (2003) son prácticamente iguales a los que se obtuvieron al aplicar el *Método del Tema Central del Conflicto en la Relación* al relato autobiográfico de Lori Gottlieb. Tanto en el caso de la paciente de Bottino como en el relato de Gottlieb, el deseo principal que aparece en las narraciones es el de *ser amada y entendida*, la reacción de los otros ante este deseo es la de *oponerse y estar en contra*, y la reacción ante esta respuesta es sentirse *decepcionada y deprimida*.

## Capítulo 9

### Marco teórico

La investigación se desarrolló dentro del marco de la teoría psicoanalítica freudiana y posfreudiana. Sólo los parámetros diagnósticos pertenecen a un campo teórico ajeno al psicoanálisis, pero se recurrió a ellos porque permiten sortear ciertas dificultades ligadas al criterio de reconocimiento.

Para explorar si existe una representación subjetiva del padre específica en quienes padecen anorexia nerviosa se hace imprescindible, desde un enfoque psicoanalítico, tener en cuenta varios aspectos de la noción de representación. Además de atender a la definición del concepto de representación y a los distintos modos de ligadura entre representaciones, resulta necesario incluir: *a.* Algunas hipótesis sobre el mecanismo de la proyección, *b.* La teoría de las lógicas imperantes en el psiquismo, *c.* Las hipótesis referidas a la representación de padre nutricio, *d.* La teoría del instinto, *e.* Las propuestas freudianas referidas a la relación existente entre pulsión, representación y afecto, *f.* Los criterios para diferenciar representaciones concientes e inconcientes y *g.* La teoría de la transferencia.

### 9.1 Representaciones

Freud (1924e) sostiene que las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios subrogan a la realidad en el interior de la vida anímica. Dice que esos tres contenidos —huellas mnémicas, representaciones y juicios— son el sedimento de los vínculos que, a través del tiempo, el yo fue estableciendo con la realidad.

Sin embargo, también considera que los atributos de las representaciones no derivan necesariamente de las vivencias del sujeto. En el *Hombre de los Lobos* (Freud, 1918b [1914]), por ejemplo, afirma que su paciente,



a pesar de tener un padre que se caracterizaba por su falta de energía y de haber sido amenazado con la castración por la mujer que lo criaba, forjó en su interior una representación efectiva de padre castrador.

Al construir su teoría de las representaciones, Freud parte de las ideas de Johann Friedrich Herbart y de Stuart Mill (Assoun, 1981, Maldavsky, 1977).

En su *Manual de psicología*, Herbart (como se cita en Assoun, 1981) señala: *"la psicología construye el espíritu con representaciones, como la fisiología construye el cuerpo con fibras"* (pág. 134). Herbart (como se cita en Fritsch, 1932) utiliza el término *representación* en varios sentidos. Llama representación, *"sólo por necesidad"* —y a falta de una expresión mejor— a los elementos psicológicos más simples. También denomina *representación* a las *"imágenes de objetos reales o aparentes"*. Además, considera como representación al propio suceder espiritual. Desde su punto de vista, *"en las masas de representación hay que pensar no sólo en lo representado, sino también en los estados del alma"* (pág. 69). En el sistema de Herbart, las representaciones pueden fundirse, yuxtaponerse o excluirse por represión. El primer caso, la fusión, suele darse entre representaciones de la misma naturaleza; el segundo, la yuxtaposición, tiende a producirse entre representaciones de naturaleza distinta y el tercero, la represión, es habitual entre representaciones de naturaleza opuesta (Ferrater Mora, 1941).<sup>27</sup>

Para Stuart Mill (como se cita en Maldavsky, 1977) *"la idea de objeto consiste en la noción de un cierto número de nuestras propias sensaciones o de las sensaciones de otros seres que sienten, a menudo producidas simultáneamente"*. La *"noción"* de mesa, por ejemplo, está compuesta, según Mill: *"por su forma y su dimensión visibles, que son sensaciones complejas de la vista; por su forma y su dimensión tangibles, que son sensaciones complejas de nuestros órganos del tacto y de nuestros músculos; por su peso, que es también una sensación del tacto y de los músculos; por su composición, otra palabra que sirve para designar todas las variedades de sensaciones que recibimos, en*

diferentes circunstancias, de la de que está hecha, etcétera". En lo que hace al nexo entre los registros, Stuart Mill dice: *"Todas estas sensaciones (...) podrían ser siempre experimentadas simultáneamente o en órdenes de sucesión diferentes, a nuestra elección; y de esta manera el pensamiento de una nos hace pensar en las otras, y el todo amalgamado mentalmente se resuelve en un estado de conciencia mixta que en la lengua de la escuela de Locke y Hartley se denomina idea compleja"* (págs. 24-25).

Según el diccionario de Ferrater Mora (1941, pág. 567), la noción de representación puede ser entendida como:

1. *"La aprehensión de un objeto efectivamente presente"*.
2. *"La reproducción en la conciencia de percepciones pasadas"*.
3. *"La anticipación de acontecimientos futuros, a base de la libre combinación de percepciones pasadas"*.
4. *"La composición en la conciencia de varias percepciones no actuales"*.

Maldavsky (1977) señala que las definiciones 2, 3 y 4 son perfectamente compatibles con la teoría psicoanalítica.

La primera (*"La aprehensión de un objeto efectivamente presente"*), en cambio, destaca Maldavsky (1977), debe ser excluida porque homologa representación con percepción. Para Freud, las representaciones no son el producto de una realidad que se imprime tal cual es en el mundo interno, dejando su impronta en un aparato psíquico pasivo y expuesto a un proceso de modelado en el que sólo participa, al estilo de una película fotográfica, duplicando en su seno lo que capta del afuera. La representación es el producto de una tarea activa de apropiación, derivada de un conjunto de operaciones.

La segunda definición (*"La reproducción en la conciencia de percepciones pasadas"*) se relaciona con el concepto psicoanalítico de huella mnémica, entendido como modo de designar la forma en que se inscriben las

---

<sup>27</sup> Herbart emplea los términos *verdrängen* y *verdrängung* para denominar el proceso por el cual, con posterioridad a un conflicto entre representaciones, una de ellas es detenida por otra y mantenida así fuera

vivencias en la memoria, desde un enfoque que atiende tanto al punto de vista tópico como al económico (Laplanche y Pontalis, 1971).

La tercera (*"La anticipación de acontecimientos futuros, a base de la libre combinación de percepciones pasadas"*) está vinculada con las ideas expuestas por Freud en el *Proyecto de psicología* acerca del pensamiento como proceso que permite, por anticipación, un reencuentro con los objetos deseados (Freud, 1950a [1887-1902], Pribram y Gill, 1976).

La cuarta definición (*"La composición en la conciencia de varias percepciones no actuales"*), a pesar de establecer una relación entre representación y percepción, indica que hay un camino circular entre percepción y representación. Dicho camino circular posee especial interés para esta investigación sobre la imagen subjetiva del padre en la anorexia nerviosa.

## 9.2 El contenido de las representaciones

Desde el punto de vista tópico, Freud distingue dos tipos de representaciones: las representaciones de palabra, constitutivas del preconiente, y las representaciones de cosa, que forman parte del inconciente.

La representación de palabra es un todo cerrado (no sujeto a reestructuraciones personales, ya que se atiene a restricciones que derivan de un código estricto aceptado culturalmente), aunque susceptible de ampliación, con cuatro componentes: *a.* La imagen sonora de la palabra oída, *b.* La imagen visual de las letras (imagen de la palabra escrita), *c.* La imagen motriz del lenguaje (imagen del movimiento al articular las palabras) y *d.* La imagen motriz de la escritura (imagen del movimiento realizado al escribir la palabra). La imagen sonora estructura al conjunto (Freud, 1981).

La representación de cosa, en cambio, es un todo abierto, sujeto a sucesivos reordenamientos (puede enriquecerse, refinarse, complejizarse o empobrecerse por ruptura de ligaduras), porque depende, hasta cierto punto, de las experiencias personales. Está compuesta, entre otras, por las imágenes



visuales, olfativas, táctiles, cinéticas y auditivas de los objetos. En la representación cosa, el componente visual tiene un papel estructurante. Si la libido deja de ligar entre sí a las imágenes que provienen de los distintos canales perceptuales, como ocurre en la retracción narcisista típica del primer tiempo de la esquizofrenia (Freud, 1915e), las representaciones de cosa se desorganizan en los elementos provenientes de cada canal. Esta desorganización hace que las representaciones ya no estén disponibles para ser reinvestidas y, en su lugar, en el momento restitutivo de la esquizofrenia, se invisten exclusivamente las representaciones de palabra. El esquizofrénico puede confundir, sin advertirlo, las palabras con las cosas a las que ellas nombran (llegando a suponer, v. gr., que un juguete en el que se lee: "fabricado en San Luis", es Luis, su padre, quien responde a ese nombre, y que, por ende, todo lo que se le haga a ese juguete, se le está haciendo a su progenitor).

A diferencia de Stuart Mill, quien da como ejemplo una mesa cuando quiere mostrar cómo está compuesta la representación de cosa, Freud considera que las representaciones de cosa están estrechamente ligadas a los seres humanos. En el *Proyecto de psicología* habla de "un prójimo", y dice que un prójimo es "*simultáneamente el primer objeto-satisfacción y el primer objeto hostil, así como el único poder auxiliador*" (Freud, 1950a [1887-1902], pág. 376). En las ocasiones en que Freud incluye objetos diferentes del prójimo entre las representaciones de cosa, es porque esos objetos forman parte de los atributos o las propiedades del prójimo, como "*el pecho materno y su pezón*" (Freud, 1950a [1887-1902], pág. 374).

### **9.3 Ligadura entre representaciones**

El enlace entre representaciones de palabra, constitutivas del preconciente, depende de la historia del sujeto y de su vínculo con los otros bajo la forma de un aprendizaje. Dicho aprendizaje le permite incorporar las normas gramaticales de la lengua. De tal forma, se llega a dominar un conjunto de reglas para combinar las palabras en frases y las frases en relatos. El preconciente

incluye, entonces, además de los términos lingüísticos, una serie de prescripciones que regulan la combinatoria entre éstos.

Las representaciones inconcientes nunca se encuentran aisladas. El contenido de cada una de ellas depende, hasta cierto punto, de las otras representaciones con las que se articula. Un compuesto elemental de representaciones da lugar a una escena, las escenas pueden amalgamarse formando fantasías y las fantasías, cuando se entrelazan, constituyen complejos (por ej., el complejo de Edipo) (Maldavsky, 1977).

Para Freud (1900a [1899], 1950a [1887-1902]), las representaciones inconcientes se enlazan entre sí por tres criterios: simultaneidad, analogía y causalidad.

Las representaciones quedan enlazadas por simultaneidad cuando surgieron de percepciones coincidentes en el tiempo (como la percepción simultánea del rostro, el olor materno y el alivio de la tensión generada por el hambre). El enlace por simultaneidad es el que hace que el lactante hambriento deje inmediatamente de llorar cuando percibe el olor del soutien de la madre.

El enlace por analogía, en cambio, lleva a que se inscriban juntas las representaciones que poseen predicados comunes. La representación de la madre y la representación de la niñera se enlazan en el inconciente, porque ambas figuras poseen una función nutricia y protectora. Este enlace hace que las fantasías originarias puedan llenarse con representaciones surgidas de la historia individual. La analogía permite, en dicho caso, la sustitución de una representación por otra. Por ello, en el *Hombre de los Lobos*, Freud (1918b [1914]) sostiene que, en última instancia, para que se active la fantasía originaria de escena primaria, es indiferente que el niño haya visto efectivamente copular a los padres o sólo a una pareja de grandes perros blancos.

El enlace causal, a su vez, permite que las representaciones se organicen dando lugar a una explicación o a un sentido. Maldavsky (1977) da el siguiente ejemplo de una cadena sintáctico-causal en la que aparece el término *lluvia*. Ese término adquiere un sentido en la cadena: "*nubes* → *lluvia* → *tierra mojada* → *trigo que crece*" y otro, completamente distinto, en la cadena: "*nubes*

→ lluvia → barro → casa con los pisos sucios" (pág. 61). En lo que hace al criterio causal que ordena a las fantasías, Maldavsky dice: *"El análisis freudiano del ejemplo ya mencionado del esquizofrénico que veía en su rostro agujeros resultantes de haberse arrancado espinillas nos permite agregar aun que entre estas diferentes fantasías originarias podría haber un ordenamiento sintáctico causal. En efecto, la fantasía de castración (agujeros) aparecía en dicho paciente como consecuencia de una actividad autoerótica (transformación de la fantasía de escena primaria). Por tanto, escena primaria → castración. Pero podríamos agregar aún una fase anterior, en la que el paciente, al acariciarse el rostro, registraba las «espinillas», con lo cual surgía en él el deseo (fantasía de seducción). Por lo tanto, seducción → escena primaria → castración"* (págs. 62-63).

#### **9.4 La influencia de la proyección en la constitución de las representaciones**

Al dejar de lado la primera definición de representación que da en su diccionario José Ferrater Mora (*"La aprehensión de un objeto efectivamente presente"*), se señaló que es imprescindible tener en cuenta que, para Freud, la representación cosa difiere de los objetos exteriores y del modo en que éste es captado por la percepción.

Las representaciones se inscriben en el inconciente, merced a un conjunto de operaciones que procesan el encuentro con los progenitores. Los padres (o quienes cumplen alguna de sus funciones) quedan inscriptos en el aparato psíquico con una serie de cualidades formales específicas, por la influencia de la proyección y en función de las lógicas derivadas de los distintos erotismos (oral primario y secundario, anal primario y secundario, fálico uretral y fálico genital).

Mientras que el contenido de una representación con características superyoicas parece derivar de ciertas vivencias, ligadas generalmente a las



conductas de los progenitores y a los contenidos del superyó de cada uno de ellos (los padres suelen exigir lo que indica la instancia moral y no lo que efectivamente hacen en la vida), la severidad pareciera ser relativamente independiente del rigor o la indulgencia paterna (Freud, 1930a, 1933a [1932]).

Para entender este fenómeno, se debe tener en cuenta que en él entra en juego la proyección. Las identificaciones secundarias que dan lugar a la constitución de la crueldad del superyó (Freud, 1923b) suceden en el tiempo a una proyección. La secuencia completa, cuando predomina la frustración (como se infiere que ocurrió en quienes padecen anorexia nerviosa), consta de tres pasos: *a.* Incremento de la furia y el sadismo a consecuencia de la frustración (la frustración, por lo común, genera furia), *b.* Proyección del sadismo en el objeto, y *c.* Identificación secundaria con un objeto sumamente sádico, determinante del sadismo del superyó. Las cosas empeoran con el tiempo, porque el superyó hiperexigente impone al paciente permanentes renunciaciones a la satisfacción pulsional; en cada ocasión en que el yo cede (reprimiendo una aspiración pulsional), los componentes libidinosos son transpuestos en síntomas y los agresivos pasan a alimentar el sadismo del superyó (Freud, 1930a, Losinno, 1998).

## **9.5 Las lógicas que intervienen en la constitución de las representaciones**

Las lógicas con las que opera el psiquismo derivan tanto de la erogeneidad predominante (erotismo oral primario o secundario, erotismo anal primario o secundario, erotismo fálico uretral o erotismo fálico genital), como de las defensas en juego (represión, desmentida o desestimación). Así, mientras un hijo forja en su interior una representación del padre privilegiando, al observarlo, la aptitud del mismo para acceder a la verdad revelada (predominio del erotismo oral primario), otro atiende a la supuesta capacidad de amar de su progenitor (predominio del erotismo oral secundario). Un tercero puede tomarlo como modelo de desempeño muscular aloplástico por su modo de erguirse, caminar o

correr (predominio del erotismo anal primario), y un cuarto rescata su capacidad para respetar la palabrea dada y su disposición a cumplir y a hacer cumplir los contratos (predominio del erotismo anal secundario). Del mismo modo, otro tiende a adjudicarle al padre la capacidad para afrontar los peligros con dignidad y soltura (predominio del erotismo fálico uretral) y un sexto admira su habilidad para causar impacto estético recurriendo a sus encantos (predominio del erotismo fálico genital) (Maldavsky, 1999, 2000a).

## **9.6 Representación de padre nutricio**

En lo que hace a las defensas, algunas evidencias clínicas hacen pensar que, cuando prevalece la desmentida y la desestimación, como sucede en los cuadros transgresores (perversiones y psicopatías) y en las psicosis (esquizofrenia, melancolía y paranoia), el padre suele verse como nutricio y la madre como activa y onnipotente (Freud, 1923d, Losinno y Vera, 2000, Maldavsky, 1986, Navarro, 1999).

Por lo general, los esquizofrénicos anhelan ser nutridos por un padre que, supuestamente, les dará un alimento concebido como conocimientos referidos al mundo de las esencias. El padre nutricio debe aportar ideas acerca de lo intangible, ubicado como origen de la realidad perceptual. Lo importante para el paciente no son los seres humanos, sino la máquina o la mente de la cual surgieron. Como en el film *Hombre Mirando al Sudeste*, los esquizofrénicos suponen a los seres humanos como productos de una alucinación. En algunos casos, las revelaciones esperadas del padre nutricio deben colmar el afán de saber acerca del ser esencial productor de la alucinación. En otros, se espera de algún iluminado —al que se ubica en el lugar de padre nutricio— la transmisión de certezas relacionadas con los ancestros extraterrestres de la humanidad.

En la melancolía, en cambio, se anhela recibir alimentos brindados por un padre nutricio capaz de acoger familiarmente. El pintor Christoph Haizmann (Freud, 1923d), quien padecía una melancolía y era incapaz de ganarse su propio sustento trabajando, terminó sus días comiendo y bebiendo a costa de los padres

de la Orden de la Merced (bajo la protección de la Virgen María). Pocas veces se observa con tanta claridad que el padre nutricio no es más que un sustituto de la madre.

Los transgresores, por su parte, esperan ser nutridos por el padre (o un sustituto), pero por el *sphinter ani*. Aquí, el pezón en la boca es sustituido por el pene en el ano. El erotismo anal se combina con un apego a lo previo: una fijación a la oralidad de succión. Tanto en el *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* como en el *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, Freud (1909b, 1905e [1901]) muestra el camino por el cual se puede llegar a sustituir un objeto por otro. En *Fragmento de análisis de un caso de histeria* lo explica con los siguientes términos: "Si después, en una época en que el genuino objeto sexual, el miembro masculino, es conocido ya, se presentan circunstancias que hacen acrecer de nuevo la excitación de la zona de la boca, que conservado su carácter erógeno, no hace falta un gran dispendio de fuerza creadora para reemplazar en la situación de satisfacción el pezón originario y el dedo que fue su vicario, por el objeto sexual actual, el pene" (1905e [1901], pág. 47).

Estas hipótesis son corroboradas, hasta cierto punto, por las respuestas que dan muchos niños de entre cinco y diez años ante las láminas *Mamada 1 y 2* del *Test Pata Negra*, de Corman (1973). Corman señala que los niños de esas edades suelen ubicar al padre en el lugar de quien está dando de mamar. También destaca el mal pronóstico de los casos en los cuales el tema del padre nutricio persiste en la pubertad y después de ella. Según Corman (1973), la persistencia de la representación-padre nutricio es típica del sexo femenino y se observa en las esquizofrenias y anorexias mentales severas. Considera que la representación de un padre nutricio tiene un origen puramente interno (obviamente no posee un correlato perceptual), y afirma que el proceso de constitución de la imago nutricia del padre deriva de sentir a la madre como afectivamente frustrante. No se buscaría al padre en el lugar nutricio por ser éste necesariamente gratificante en la realidad histórica, dice Corman (1973), sino porque se pretende que así lo sea.



Cuando atiende al origen de la representación de padre nutricao, Freud (1923d) destaca dos fuentes principales. Conjetura que, por un lado, en dicha representación se evidencia la desautorización de la posición femenina, pasiva, ante el padre. El padre maternizado surge de esa desautorización, que se vale de una proyección defensiva de la propia femineidad en el padre. Por otro lado, Freud infiere un desplazamiento de la madre al padre, coexistente con una intensa fijación a la madre; la representación de un padre como nutricao equivale, desde una fijación previa a la madre, a decirle al padre: te quiero como a mi madre, que es lo que más quiero en el mundo.

En los casos en que la defensa hegemónica es la represión, como en todo el campo de las neurosis, el padre es respetado por su palabra, que lleva a cuestionar el desenfreno de las pulsiones y los deseos apelando al pensar y el reflexionar, y la madre es percibida como tierna y empática (Losinno y Vera, 2000).

## 9.7 Representación e instinto

Freud (carta 52, 1900a [1899], 1918b [1914]) se interrogó en varias oportunidades acerca del nexo entre lo percibido y lo representado en el interior del aparato psíquico. Al tratar de dilucidar si el hombre de los lobos (Freud, 1918b [1914]) había observado efectivamente una relación sexual *a tergo* entre los padres (tal como estaba inscripta en su aparato psíquico), recurre, a modo de explicación, al concepto de instinto.

Freud (1918b [1914]) define al instinto como un conjunto de *“esquemas congénitos (...) que son unos precipitados de la historia de la cultura humana”* (pág. 108) y como una *“suerte de saber”*, como *“una preparación para entender”* (pág. 109). Ambos componentes, dice Freud, forman parte de la herencia arcaica.

Para Freud, la herencia arcaica,<sup>28</sup> transmitida filogenéticamente, incluye:

---

<sup>28</sup> Se suele afirmar que cuando Freud hace referencia a lo heredado filogenéticamente, está adhiriendo al paradigma darwiniano. A pesar de ello, una lectura cuidadosa de los textos freudianos y de la historia del psicoanálisis ponen en evidencia que, en lo que respecta a la herencia filogenética, tanto Darwin como Freud se pliegan a las hipótesis de Jean Baptiste Lamarck. Darwin por la creencia de que el tiempo geológico es

1. Los instintos.
2. El ensamble de las inervaciones motrices (descargas), las percepciones de esas descargas y las sensaciones de placer o displacer concomitantes que dan lugar a lo que llamamos afectos –entendidos, en cuanto a su origen filogenético, como reproducciones de experiencias de los antecesores– (Freud, 1916-17 [1915-17], 1926d [1925]).
3. El simbolismo congénito (Freud, 1939a) y común a todos los pueblos (que rebasa la frontera de la comunidad de lenguaje) (Freud, 1923a [1922]).
4. El contenido sacado a la luz por algunos sueños, que no pueden provenir de la infancia o de la edad adulta del soñante –el sujeto recibe una influencia derivada de las vivencias de sus antepasados– (Freud, 1940a [1938]).
5. El complejo de Edipo, que abarca el vínculo del niño con sus progenitores (Freud, 1918b [1914]) y el momento en que debe sepultarse (desenlace equiparable a la caída de los dientes de leche) (Freud, 1924d).
6. La organización que, en cierto grado, opera como inclinación a transmutar pulsiones egoístas en pulsiones sociales (el medio cultural presente solo activaría, en lo que a dicha transmutación se refiere, los precipitados de las influencias de la historia cultural de nuestros antepasados) (Freud, 1915b).
7. Un grado muy elevado de ambivalencia pulsional (Freud, 1915c).
8. La configuración de las distintas neurosis y psicosis, en tanto cada una de éstas reedita las constelaciones psíquicas de un período particular de la historia de la especie humana (v. gr., las privaciones que la época glacial impuso a los hombres prehistóricos generaron en ellos montos muy altos de angustia; los niños actuales *“traen consigo la capacidad de angustia del comienzo de las eras glaciales”* [Freud, 1915, pág. 79]. Eso hace que en la

---

insuficiente para un proceso evolutivo en el que no intervenga la herencia de los caracteres adquiridos, y Freud porque encontró en las hipótesis de Lamarck la respuesta a muchos interrogantes que le suscitan sus observaciones clínicas. Aunque aceptando que las ideas de Lamarck requieran una actualización, la posibilidad de una herencia de los caracteres adquiridos sigue siendo discutida en la actualidad cuando se pretende explicar por qué, pese a la diversidad de las vivencias individuales, todos los individuos de una determinada especie acceden finalmente a ciertos desenlaces psíquicos u orgánicos prácticamente idénticos (Chomsky, 1996, 1972, 1974, Chomsky y Piaget, 1979, Jones, 1955, Lamarck, 1809, Losinno y Vera, 1998, Lysenko, 1943, Maldavsky, 1983b, 1984b, Piaget, 1974).

histeria de angustia se active una nueva reedición de la capacidad de angustia ya existente).

El concepto de *esquema* es el que le da relevancia a las hipótesis freudianas sobre el instinto en esta investigación sobre la representación del padre. Freud (1918b [1914]) afirma que los *“esquemas congénitos por vía filogenética”* operan *“como unas «categorías» filosóficas”* que *“procuran la colocación de las impresiones vitales”* (pág. 108).

En lo que se refiere al vínculo existente entre los esquemas y las vivencias sostiene: *“Donde las vivencias no se adecuan al esquema hereditario, se llega a una refundición de ellas en la fantasía, cuya obra sería por cierto muy provechoso estudiar en detalle. Precisamente estos casos son aptos para probarnos la existencia autónoma del esquema. A menudo podemos observar que el esquema triunfa sobre el vivenciar individual; en nuestro caso [el Hombre de los Lobos], por ejemplo, el padre deviene el castrador y pasa a ser el que amenaza la sexualidad infantil pese a la presencia de un complejo de Edipo invertido en todo lo demás. Otro efecto de esto mismo es que la nodriza aparezca en el lugar de la madre o se fusione con ella. Las contradicciones del vivenciar respecto del esquema parecen aportar una rica tela a los conflictos infantiles”* (págs. 108-109, aclaración entre corchetes agregada).

En un texto de la misma época, Freud (1916-17 [1915-17]) se interesa por las diferencias que se observan entre los casos en que los contenidos psíquicos se forjan a partir de las vivencias individuales en cooperación con los esquemas —en forma de fantasías— y aquéllos en los que las vivencias entran en contradicción con esa parte de la herencia arcaica. Allí afirma: *“No se tiene otra impresión sino que tales hechos de la infancia son de alguna manera necesarios, pertenecen al patrimonio indispensable de la neurosis. Si están contenidos en la realidad, muy bien; si ella no los ha concedido, se los establece a partir de indicios y se los completa mediante la fantasía. El resultado es el mismo, y hasta hoy no hemos logrado registrar diferencia alguna, en cuanto a las consecuencias de esos*



***sucesos infantiles, por el hecho de que en ellos corresponda mayor participación a la fantasía o a la realidad"* (págs. 337-338, resaltado agregado).**

Pero, como destaca Maldavsky (1983b), varios años después Freud (1940a [1938]) encuentra una diferencia significativa entre un caso y otro: *"El primer objeto erótico del niño es el pecho materno nutricional; el amor se engendra apuntalado en la necesidad de nutrición satisfecha (...). Y en este punto el fundamento filogenético prevalece tanto sobre el vivenciar personal accidental que no importa diferencia alguna que el niño mame efectivamente del pecho o se lo alimente con mamadera, y así nunca haya podido gozar de la ternura del cuidado materno. Su desarrollo sigue en ambos casos el mismo camino, y quizás en el segundo la posterior añoranza crezca tanto más"* (pág. 188, resaltado agregado).

## **9.8 Pulsiones, representaciones y afectos**

En la teoría freudiana, una de las funciones del aparato psíquico es la de mantener constante la energía circulante. Para ello, el aparato debe elaborar psíquicamente las excitaciones. Dicha elaboración resulta posible por la existencia de representaciones y montantes de afecto; estos últimos capaces de cargar representaciones y circular a lo largo de las cadenas asociativas (Espartaco, Etkin, Wajzman y Zentner, 1977).

Según Freud (1915d), se deben diferenciar los conceptos de proceso orgánico, pulsión e instinto. Los procesos orgánicos son meras alteraciones somáticas, tales como el hecho de que se seque la mucosa de la garganta o que un jugo gástrico ácido ataque la mucosa del estómago. Las pulsiones también suponen una fuente de estímulos endógenos, pero incluyen, además, el estímulo que dicha fuente ejerce sobre el aparato psíquico. Actúan, entonces, como una exigencia constante para el psiquismo.

Es cierto, aclara Freud (1915d), que, si un estímulo exterior se interioriza y ataca o destruye un órgano, generando desde allí dolor, se engendra

una nueva fuente de excitación continuada y de incremento de tensión. De todos modos, si bien el dolor cobra, así, una notable semejanza con una pulsión, *“la meta de esta pseudo-pulsión es sólo el cese de la alteración de órgano y del displacer que conlleva”* (Freud, 1915d, pág. 141). A diferencia de lo que ocurre con la satisfacción de la necesidad pulsional, la cesación del dolor no permite una ganancia directa de placer.

En *Pulsiones y destinos de pulsión*, Freud (1915c) dice con respecto a la pulsión: *“la «pulsión» nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal”* (pág. 117).

La pulsión posee dos representantes psíquicos: la representación y el afecto. Ella misma escapa a la acción directa de una operación llamada represión, que mantiene en el inconciente a las representaciones inconciliables para el yo. La represión sólo puede afectar a uno de los representantes de la pulsión: a la representación que la representa en el psiquismo.

Las representaciones de cosa aparecen como una entidad de dos caras. Para la pulsión son representantes del objeto externo, ya que una vez constituidas estructuran los estímulos sensoriales y hacen que algunos de esos objetos externos (por asemejarse a los originarios que aportaron placer) queden en una posición favorable para la práctica sexual (Freud, Manuscrito G., 1950a [1887-1902]). Para el yo las representaciones son representantes de la pulsión; por ello, cuando se anudan a unos sentimientos (afectos) que no deben producirse porque generan malestar en el yo, pueden sufrir el destino de caer bajo la represión (Freud, 1907a).

Freud (1926d [1925]) define a los afectos como procesos de descarga que reproducen acontecimientos antiguos (preindividuales) de importancia vital. Los compara con ataques histéricos universales, típicos e innatos (la comparación afecto-ataque histérico es aclarada cuando Freud (1926d [1925], pág. 127) expresa: *“Si uno quiere explicar el ataque histérico, no tiene más que buscar la*

*situación en que los movimientos correspondientes formaron parte de una acción justificada”).*

En esta concepción de los afectos como reproducciones de acontecimientos vividos por nuestros antecesores remotos, Freud sigue a Darwin, quien, en *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, muestra el origen de los “signos de miedo” del siguiente modo: “El hombre, a lo largo de innumerables generaciones, ha intentado escapar de sus enemigos o peligros mediante huidas precipitadas o por enfrentamientos violentos con ellos. Tales esfuerzos intensos deben haber producido el rápido latir del corazón, el que la respiración se acelere y las ventanas de la nariz se dilaten. Como a menudo estas acciones se han prolongado hasta el límite, el resultado final debe haber sido una postración total, palidez, transpiración, temblor de todos los músculos o relajación completa” (Darwin, 1872, pág. 314). Por ello, en el presente, dice Darwin (1872), “cada vez que se siente con fuerza la emoción del miedo, aún cuando puede que no conduzca a ningún esfuerzo físico, tienden a reaparecer los mismos resultados por la fuerza de la herencia y de la asociación” (pág. 314). Tanto de las hipótesis freudianas como de la cita de Darwin, se desprende que son las descargas circunscritas —o el conjunto ellas que se articula de manera recurrente “por la fuerza de la herencia y de la asociación”— las que dan especificidad a cada afecto.

## **9.9 Representaciones concientes e inconcientes**

Al investigar si existe una representación subjetiva de padre específica en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, cabe preguntarse si esa representación encuentra siempre cabida en la conciencia —como acontece en las respuestas al Pata Negra— o si se trata de una representación operante generalmente en el ámbito de lo inconciente. Pero Freud (1912g) sostiene que, distinguir entre representaciones preconcientes e inconcientes sólo tiene valor teórico cuando la represión, al establecerse, instaura dichos sistemas.

Si se tiene en cuenta que la mayoría de los autores mencionados al tratar sobre las perspectivas actuales (Békei, 1984, Bleichmar, 1997, Brusset,



1984, 1990, Corsaro, 1997, De Dios de Vega y de Dios Pérez, 2004, Heinrich, 1993, Maldavsky 1988, 1992, 1993, 1998, 2000b, Minuchin, 1984, Rabih y Gioia, 1966, Salas Ojeda, 2004, Stone, 1983, Ukaski *et al.*, 1996, Urman, 1990, Winnicott, 1964, Zukerfeld, 1993, 1999), consideran que en la anorexia nerviosa tienen eficacia mecanismos radicalmente distintos a la represión, e incluso más primitivos, puede decirse que la representación de padre eficaz en ella no es en sentido estricto ni conciente ni inconciente.

## **9.10 Transferencia**

Según la teoría psicoanalítica, la urdimbre que se genera entre las representaciones y los afectos se organiza en series —como la paterna, la materna o la de los hermanos— y hace que los seres humanos, salvo que accedan a un verdadero crecimiento psíquico, respondan a las nuevas experiencias en función de lo ya sedimentado en la mente desde la niñez. De no mediar ese desarrollo psíquico, cada persona del presente será incluida en alguna serie preestablecida y en distintas proporciones se responderá rígidamente a ella —o se esperará algo de ella— en función de lo ya inscripto como representación del padre, de la madre o de los hermanos.

Freud sostiene que la transferencia es la repetición, tanto en la vida diaria como en el vínculo con el psicoanalista, de afectos, sentimientos y fantasías que se desarrollaron —en un pasado remoto y olvidado—, a partir de la relación con los padres o hermanos mayores. Como señala Lagache (1951a, 1951b), en lo que hace a la teoría de la transferencia, hay dos periodos fácilmente identificables en la obra de Freud.

En el primero, que abarca de 1895 a 1915, la transferencia es pensada como un fenómeno de dos tiempos que incluye:

1. La represión de un deseo en el pasado.

2. La emergencia, en el presente y en la relación con el psicoanalista, del mismo afecto que hizo en el pasado que el paciente relegara en el inconciente el deseo prohibido.

En el segundo, que comienza con *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920g), la compulsión a la repetición pasa a ser la fuente de la transferencia. Si bien es cierto que ya en *Recordar, repetir y reelaborar* Freud (1914g) reconoce el carácter compulsivo de la transferencia, en *Más allá del principio del placer* la repetición deja de ser un término descriptivo para convertirse en su motor esencial. La experiencia sexual infantil que está en el primer tiempo de la transferencia es entendida, desde 1920, como una experiencia necesariamente dolorosa; implica un fracaso acompañado de una herida narcisista. Queda reprimida por la subordinación del aparato psíquico al principio del placer, que lleva a la búsqueda de lo placentero y al rechazo de lo displacentero. La repetición del clisé en la transferencia es, por ende, contraria al principio del placer y dependiente de la compulsión a la repetición derivada de la pulsión de muerte.

### **9.11 Constitución de los clisés transferenciales**

Luborsky y Crits-Christoph (1990) creen que los clisés transferenciales se adquieren a partir de cuatro factores:

1. Las experiencias repetidas con los padres forjan expectativas en el hijo con respecto a la respuesta de aquellos.
2. Los padres enseñan directamente algunos aspectos del patrón.
3. El niño aprende algunos aspectos del patrón a través de la identificación con los padres.
4. La constitución del niño (sus capacidades biológicas).

Los tres primeros factores, dicen Luborsky y Crits-Christoph (1990), dependen principalmente del deseo de agradar a los padres y del deseo de evitar que ellos se disgusten. Estos dos deseos están basados, según Luborsky y Crits-Christoph (1990), en parte en el amor y en parte en el temor y el sentimiento de culpa.

Una vez que se ha consolidado, el patrón transferencial incluye la inclinación recurrente de gratificar ciertos deseos y a expresarlos. Esos deseos tienden a incrementar su intensidad, a causa de la esperanza de respuestas positivas y de los temores de respuestas negativas (de las otras personas y de uno mismo).

## **9.12 El patrón transferencial en el vínculo con el terapeuta**

Freud considera que existe un paralelo básico en las relaciones que cada persona establece con las otras. También afirma que el patrón de relación que en el paciente se activa con el terapeuta inmediatamente después de comenzar la psicoterapia, es similar al patrón de relación que aquél ha experimentado con el resto de la gente. Esta observación inicial dio origen al concepto de un modelo o patrón de relación y al nombre de "transferencia". La palabra "transferencia" implica que hay una transferencia de sentimientos, deseos, actitudes y comportamientos, que tuvieron su origen en las relaciones con otras personas significativas del pasado (el padre, la madre o un hermano mayor), hacia la persona del terapeuta.

Como señalan Luborsky y Crits-Christoph (1990), la primera vez que Freud utilizó del término transferencia se centró en este paralelismo entre un deseo ligado con el terapeuta y un deseo que originariamente se había despertado en un vínculo anterior.

El ejemplo que da Freud (1895d) en esa primera oportunidad es el siguiente: el origen de uno de los síntomas histéricos de su paciente era el deseo —conciente al principio y luego remitido a lo inconciente— de que el hombre con quien estaba conversando en ese momento se mostrara osado y le diese un



beso. Cierta vez, al término de una sesión, afloró en la joven ese deseo con relación a la persona de Freud. Dicho deseo le causó espanto y pasó la noche posterior sin dormir. Al volver a encontrarse con Freud, si bien no se rehusaba al tratamiento, estaba por completo incapacitada para el trabajo analítico. Recién cuando Freud se enteró del obstáculo y pudo removerlo, la paciente fue capaz de volver a asociar libremente.

Freud considera que, en este caso, la secuencia de desenlaces psíquicos consta de dos pasos: *a*. Primero afloró en la conciencia de su paciente el contenido del deseo de ser besada, pero sin los recuerdos de las circunstancias colaterales que podrían haberlo situado en el pasado, *b*. El deseo, considerado presente, se enlazó con su persona, de la que era natural que la joven se ocupa en ese momento. A raíz de un enlace falso, el deseo despertó el mismo afecto desagradable que, en su momento, llevó a la paciente a proscribir el deseo prohibido.

En el epílogo de *Fragmento de análisis de un caso de histeria* (caso Dora), Freud (1905e [1901]) define a las transferencias resaltando nuevamente ese paralelismo: [las transferencias] *"Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse concientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico. Para decirlo de otro modo: toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico"* (pág. 101).

En ese mismo trabajo, Freud (1905e [1901]) sostiene que, desde el comienzo, fue claro que Dora veía en él a un sustituto del padre (dicha sustitución era facilitada, explica Freud, por la diferencia de edad entre ambos). Freud agrega que, en más de una ocasión, Dora lo comparó conscientemente con su padre, buscando angustiosamente asegurarse de su sinceridad hacia ella. Dora acusaba a su padre de preferir *"«siempre el secreto y los rodeos tortuosos»"* (pág. 103). Freud cree que, cuando sobrevino el primer sueño, en que Dora se alertaba para abandonar la cura como en su momento lo había hecho con la casa del señor K, él mismo habría debido tomar precauciones, diciéndole: *"«Ahora usted ha hecho*

*una transferencia desde el señor K. hacia mí. ¿Ha notado usted algo que le haga inferir malos propósitos, parecidos (directamente o por vía de alguna sublimación) a los del señor K.? ¿Algo le ha llamado la atención en mí o ha llegado a saber alguna cosa de mí que captive su inclinación como antes le ocurrió con el señor K.?» (pág. 103).*

## Capítulo 10

### Método

#### 10.1 Sujeto de estudio

A los efectos de comprobar si existe un patrón identificable en el contenido de la representación interna del padre en los sujetos que padecen anorexia nerviosa, se examinaron una serie de indicadores relacionados con la imagen paterna en 30 adolescentes (la muestra es incidental), que cumplían con los criterios de diagnóstico de anorexia nerviosa que fija el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). De ellas, 6 (20%) habían consultado al Servicio de Trastornos en la Alimentación del Hospital Alexander Fleming de San Martín, 17 (56,7%) concurren a los profesionales del Centro de Investigaciones Charles Lasègue y 7 (23,3%) solicitaron entrevistas a psicólogos clínicos particulares, que se especializan en trastornos de la conducta alimentaria. Según los criterios de DSM IV (único criterio de selección), 19 pacientes (63,3%) padecían anorexia nerviosa restrictiva y 11 pacientes (36,7%) anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo.

Dado que es una muestra clínica, y que se pidió consentimiento informado, se decidió trabajar con una muestra chica (30 casos). Recolectar esta muestra llevó 3 años. A todas las participantes se les garantizó la reserva con respecto a los resultados y se les manifestó expresamente que éstos no les serían comunicados a sus futuros terapeutas.

Para hacer homogéneos los grupos en relación con la variable sexo se excluyeron casos de anorexia en sujetos de sexo masculino. No sólo son muy pocos en relación con la casuística femenina –aproximadamente el 5%– sino que, por razones de índole teórica, se supone que requerirían un estudio independiente.



A los efectos de incluirlas en el grupo de control, se extrajo una muestra intencional, no al azar, de 30 adolescentes, de provenientes de colegios secundarios, universidades y clubes deportivos de la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires. Ninguna de ellas padecía trastornos en la alimentación, ni había efectuado consultas por sufrir algún tipo de trastorno psicológico hasta el momento de la investigación. Tampoco mostraron síntomas o signos llamativos en la entrevista previa a la administración del CCRT y del EDI-2.

Cada miembro del grupo de control fue apareado por edad, clase social y estado civil con un miembro del grupo patológico. A todas las participantes se les garantizó la reserva con respecto a los resultados.

## **10.2 Edades de las muestras**

La media de edad de la muestra total fue de 18,87 años (desvío estándar: 1,501).

La media de edad se mantuvo en las dos muestras. Las jóvenes que padecen anorexia tuvieron un mínimo de 16 y un máximo de 20 años, con una media de 19 años (desvío: 1,232). Las jóvenes del grupo de control tuvieron un mínimo de 15 y un máximo de 20 años, con una media de 18,73 años (desvío: 1,741).

## **10.3 Instrumentos**

### **10.3.1 Método del Tema Central de Conflicto en la Relación**

Con el objetivo de estudiar el contenido de la representación interna del padre operante en los sujetos que padecen anorexia nerviosa y en los sujetos del grupo de control, se aplicó a cada uno de ellos el *Método del Tema Central de Conflicto en la Relación* (CCRT).

El CCRT fue desarrollado en la Universidad de Pennsylvania por Lester Luborsky y Paul Crits-Christoph. Como destacan Poch y Ávila Espada (1998), el aporte más novedoso del CCRT es que ha permitido efectuar la operacionalización del concepto de transferencia (patrón relacional), brindándonos un instrumento válido y confiable para evaluar de forma empírica la influencia de las representaciones (internas y forjadas en el pasado) sobre los vínculos actuales. Apelando a una serie de técnicas y a través de una sucesión de pasos, tanto en el contexto clínico como en el de investigación, el CCRT pone de manifiesto los deseos, propósitos o necesidades del sujeto de estudio cada vez que éste se vincula con otro, lo que suele registrar de la respuesta del interlocutor y su propia reacción ante dicha respuesta. Los tres componentes –deseos, reacciones de los otros y reacciones del sujeto– brindan información sobre las representaciones internas del paciente.

### **10.3.2 Confiabilidad y validez**

Como señalan Poch y Ávila Espada (1998), se han realizado numerosas investigaciones que demostraron la confiabilidad y la validez del CCRT.

La confiabilidad entre los jueces fue puesta en evidencia en un estudio de Crits-Christoph y Luborsky (como se citan en Poch y Ávila Espada, 1998). Los resultados de ese estudio indicaron un acuerdo del 95% entre los jueces en la traducción a las categorías estándar, y una concordancia entre los jueces expresada en valores Kappa de 0.61 para los *deseos* y las *reacciones del sujeto* y de 0.70 para las *reacciones de los otros*. También se encontraron altas coincidencias (87%) en la delimitación de los *episodios de relación* (Poch y Ávila Espada, 1998). Dichas coincidencias son del 100% en las entrevistas RAP, utilizadas en esta investigación, porque los episodios son delimitados por la consigna.

Con relación a la tabulación de los componentes de cada episodio, Poch y Ávila Espada (1998) sostienen que los infinitos componentes singulares de

las narraciones pueden acomodarse de forma confiable a las categorías estándar del CCRT. Para optimizar las categorías estándar del CCRT, Luborsky y Crits-Christoph (1990) hicieron que cada una de ellas se adapte a las dimensiones del SASB de Benjamin (Poch y Ávila Espada, 1998), del cual existe mucha información respecto de la validez y la confiabilidad. Por ejemplo, los valores kappa para códigos de proceso de terapia familiar tienen un rango de 0.74 a 0.91, con una media de 0.81 (Luborsky y Crits-Christoph, 1990).

En lo que hace a la validez del CCRT, Luborsky y Crits-Christoph (1990) señalan que hay una altísima correspondencia entre las definiciones del concepto de transferencia y los componentes de CCRT (deseos, reacciones de los otros y reacciones del sujeto). Luborsky y Crits-Christoph (1990) dicen, además, que: *a.* El CCRT, al operacionalizar el concepto de transferencia, revela un patrón general a lo largo de las relaciones con diferentes tipos de personas (de hecho, el CCRT, como sucede con la transferencia cuando se la observa clínicamente, aparece en los relatos de los pacientes siempre que hablan de diferentes personas y mantiene su dominancia a lo largo del tratamiento), *b.* El CCRT posee una dimensión emocional prominente (tal dimensión está representada por los aspectos positivos y negativos –transferencia positiva y negativa–, es puntuable y cambia durante el tratamiento de manera clínicamente significativa, *c.* El CCRT, como expresión de la transferencia, aparece dentro de la psicoterapia y fuera de ella (un estudio de Barber *et al.* [como se cita en Luborsky y Crits-Christoph, 1990] muestra un paralelo significativo del CCRT obtenido a partir de relatos RAP, narrados antes de que comience el tratamiento, con el CCRT obtenido a partir de los relatos formulados en las primeras sesiones de psicoterapia), y *d.* El CCRT aparece de manera similar a través de diferentes modos de expresión (el patrón del CCRT es similar en los sueños relatados en las sesiones y en los relatos de vigilia).



### **10.3.3 La convergencia de las observaciones de Freud sobre la transferencia y la evidencia aportada por el CCRT**

Para mostrar la convergencia de las observaciones de Freud sobre la transferencia y los resultados de la aplicación del CCRT, Luborsky y Crits-Christoph (1990) elaboran un listado que contiene veintidós hipótesis formuladas por Freud con respecto a la transferencia en sus *Estudios sobre la Histeria* (1895d), el *Epílogo del caso Dora* (1905e [1901]), *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912b), *Recordar, repetir y reelaborar* (1914g), *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia* (1915a [1914]), *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1916-17 [1915-17]) y *Construcciones en el análisis* (1937d).

La lista elaborada por Luborsky y Crits-Christoph (1990), a fin de mostrar las concordancias existentes entre las hipótesis freudianas y los resultados obtenidos por el empleo sistemático del CCRT, es la siguiente:

1. ***Hay ciertos deseos e impulsos hacia los demás que tienen preeminencia en el clisé o patrón transferencial.*** Esta observación está referida a la naturaleza del componente principal de la transferencia. Junto con los términos precedentes (deseos e impulsos), Freud (1931b, 1940a [1938]) utiliza el término "*investidura libidinal*", para explicar la conducta hacia los otros en la vida erótica (1905e [1901]). Luborsky y Crits-Christoph (1990) dicen que, aunque Freud no define estos conceptos, el uso que hace de ellos torna evidente que los términos del CCRT "*deseos, propósitos o necesidades*" son versiones concretas de los conceptos freudianos. Los jueces del CCRT que aplican las categorías "*deseos, propósitos o necesidades*" a las narraciones de los pacientes, encuentran que estas categorías tienden a prevalecer a lo largo del tiempo (los principales deseos se repiten cuando se compara la primera y la última fase de la psicoterapia).
2. ***Los deseos entran muchas veces en conflicto con las reacciones de los otros y con las reacciones de uno mismo.*** El surgimiento de un deseo tiende a

convertirse en parte de un conflicto, en el cual tienen un lugar activo las reacciones de los otros (RO) y las reacciones de uno mismo (RS). Los tres componentes del concepto de transferencia emergen claramente si se revisan los ejemplos de transferencia aportados por Freud. En uno de sus primeros ejemplos, Freud (1895d) describe la transferencia de una mujer que en un momento desea ser besada por él (D). Este deseo está seguido por una reacción de la paciente, que incluye ansiedad, insomnio y dificultad para trabajar (RS). En el caso *Dora* (1905e [1901]), el clisé transferencial comienza con un deseo de ser amada por su padre (y luego por el señor K) (D). A ese deseo le sigue una reacción de Dora que consiste en sentirse rechazada (RS), pues su padre no la ama a ella sino a la señora K (RO). A consecuencia de esta sensación de ser rechazada, Dora rechaza a los hombres (RS). Luborsky y Crits-Christoph (1990) afirman que las categorías conceptuales del CCRT son congruentes con las categorías básicas de Freud, en lo que hace a la conformación del aparato psíquico. El CCRT está basado en un esquema que incluye deseos, propósitos o necesidades que entran en conflicto con las reacciones de los otros y de uno mismo. Para Freud, los deseos entran en conflicto con la realidad (los otros) y el yo.

3. *El clisé es especialmente tangible en las relaciones sexuales.* Freud (1912b) sostiene que todo ser humano posee un clisé, gracias al cual “*adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse*” (pág. 97). Un ejemplo obvio de ello se encuentra en los clisés transferenciales analizados en el caso *Dora* (1905e [1901]). Si bien Luborsky y Crits-Christoph todavía no han hecho ningún estudio sistemático, a fin de contrastar esta hipótesis con los resultados obtenidos a través de la administración del CCRT, observaron que algunos pacientes muestran una evidente concentración del CCRT dentro de las relaciones eróticas, mientras que en otros el CCRT se encuentra en las relaciones eróticas y fuera de ellas.

4. ***El clisé está parcialmente fuera de la conciencia del sujeto.*** Luborsky y Crits-Christoph (1990) señalan que el concepto de transferencia es usado por Freud (1912b) en dos sentidos que implican estados de conciencia: a. Una plantilla de sistemas de memoria inconsciente de las relaciones pasadas, y b. La actualización de estos sistemas de memoria en la experiencia con el terapeuta. En ambos fenómenos, una gran porción del clisé está supuestamente fuera de la conciencia. Así, en el caso *Dora*, Freud se culpa a sí mismo por no haber interpretado a tiempo la falta de conciencia, por parte de la paciente, del clisé que se repite en sus relaciones: “*olvidé tomar la precaución de estar atento a los primeros signos de la transferencia que se preparaba con otra parte de ese mismo material*” (pág. 103). Luborsky y Crits-Christoph (1990) dicen que estas hipótesis parecen adecuarse a los datos obtenidos de la administración del CCRT, pero aclaran que en el futuro se deberían utilizar métodos más sistemáticos para definir los grados de conciencia del paciente ante sus conflictos centrales en las relaciones.
5. ***El clisé se origina en las relaciones tempranas con las figuras parentales.*** Esta hipótesis implica que hay un paralelo entre las relaciones tempranas del sujeto y las relaciones actuales con las otras personas. El paralelo también puede actuar entre la representación tardía de las figuras parentales –tales como el señor K. en el caso *Dora* (Freud, 1905e [1901])– y el terapeuta. Luborsky y Crits-Christoph (1990) hallan evidencia para esta afirmación, comparando recuerdos de eventos muy tempranos con las figuras parentales en el CCRT y episodios de relación con otras personas en el presente. Luborsky y Crits-Christoph (1990) reconocen que el grado de similitud de los episodios de relación tempranos y tardíos no prueba la causalidad, pero señalan que, por lo menos, esa similitud resulta consistente con la posibilidad de que el patrón tardío efectivamente se origine en los vínculos tempranos.
6. ***El clisé puede involucrar al terapeuta.*** En *Sobre la dinámica de la transferencia*, Freud (1912b) afirma que, si la necesidad de amor de una persona no está satisfecha de manera exhaustiva por la realidad, dicha persona se verá compelida a volcar sus expectativas libidinosas hacia cada



nuevo objeto que aparezca. Agrega que, probablemente, las dos porciones de libido de ese sujeto —la susceptible de conciencia y la inconciente— participarán de tal acomodamiento. Después de aclarar que es esperable, entonces, que la investidura libidinal aprontada en la expectativa de un paciente que está parcialmente insatisfecho se vuelva hacia el médico, dice: *“De acuerdo con nuestra premisa, esa investidura se atenderá a modelos, se anudará a uno de los clisés preexistentes en la persona en cuestión o, como también podemos decirlo, insertará al médico en una de las «series» psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento”* (pág. 98). Los estudios realizados con el CCRT muestran, de manera terminante, que el clisé principal observado en la relación con otras personas también se repite en los episodios de relación que el paciente despliega con el terapeuta en el curso del tratamiento.

7. *El clisé puede ser activado por similitudes percibidas por el paciente en las situaciones habituales de la psicoterapia.* Esta observación se vincula con dos condiciones necesarias para que se activen los clisés de relación del paciente. En la primera, algunos aspectos de la transferencia son sólo una sustitución; *“simples reimpresiones, reediciones sin cambios”*, como las llama Freud (1905e [1901], pág. 101). Tales *reimpresiones* pueden ser meramente la distorsión de la percepción de la relación presente mediante la experimentación de ésta como una réplica de la relación pasada. En la segunda condición, los patrones pueden activarse y *“hasta son capaces de devenir concientes apuntalándose en alguna particularidad real de la persona del médico o de las circunstancias que lo rodean”* (pág. 101). No hay datos derivados del CCRT sobre las condiciones en que se activan los patrones transferenciales. Los datos más pertinentes en relación con este punto derivan de las investigaciones de Singer y Luborsky (como se citan en Luborsky y Crits-Christoph, 1990), en las que se llega a la conclusión de que el comportamiento del paciente estimula comportamientos del terapeuta que se adecuan a las expectativas transferenciales del primero (condición 2). En el caso Dora, Freud (1905e [1901]) considera la puesta en marcha de los

patrones transferenciales de la paciente como no coincidente con su propio comportamiento como terapeuta (condición 1).

8. ***El clisé puede distorsionar la percepción.*** Es evidente que Freud (1895d) piensa que la activación de la transferencia involucra una distorsión en la percepción. Otras observaciones tienden a corroborarlo, por ejemplo: la hipótesis N° 6., que hace referencia al hecho de que se involucre al terapeuta, la hipótesis N° 7., que sostiene que las características del terapeuta pueden activarla (lo que implica percibir al terapeuta como poseedor de un atributo que no posee o magnificar uno que el terapeuta sí exhibe), y la hipótesis N° 15, que alude a que las interpretaciones del patrón pueden beneficiar al paciente mediante la corrección de la distorsión. En todos los casos, la distorsión implica la identificación del terapeuta con una persona perteneciente al pasado del paciente. El CCRT no permite construir una medida operacional de la distorsión de la percepción ligada a la puesta en juego del clisé o patrón transferencial. Luborsky y Crits-Christoph (1990) consideran que será factible medir la distorsión atendiendo al grado de paralelismos existente entre la percepción que el paciente tiene del terapeuta y la percepción que tiene de las otras personas de su entorno, pero reconocen que no todos estos paralelismos pueden tomarse necesariamente como una distorsión.
9. ***La imagen transferida se anudará a uno de los clisés preexistentes en el paciente.*** Freud (1912b) dice, que siempre tiende a activarse “un clisé (o también varios) que se repite —es reimpresso— de manera regular en la trayectoria de la vida” (págs. 97-98). En el CCRT se observa, que en cada paciente hay temas (componentes de la interacción con los otros) que aparecen con alta frecuencia —especialmente los deseos— y temas que se presentan con una frecuencia mucho menor.
10. ***Los subclisés específicos están ligados a los miembros de la familia.*** Freud (1912b) conjetura, que cada clisé o patrón específico se forma a partir de las experiencias que tuvieron lugar con una figura familiar significativa: “Responde a los vínculos reales con el médico que para semejante seriación

se vuelva decisiva la «*imago paterna*» –según una feliz expresión de Jung (1911-12, pág. 164)–. Empero, la transferencia no está atada a ese modelo; también puede producirse siguiendo la *imago materna* o de un hermano varón” (pág. 98). En el caso de Dora, Freud (1905e [1901]) cree que el patrón principal se transfiere del padre al señor K, pero puede observar que la joven también transfiere la imagen materna a la señora K. Si bien Luborsky y Crits-Christoph (1990) consideran, que esta hipótesis freudiana se debe corroborar a través del CCRT con estudios posteriores (recopilando episodios de relación con cada uno de los miembros de la familia del paciente), sostienen que, aunque existe un CCRT que se repite en la relación que el paciente establece en general con la gente, se pueden hallar patrones específicos secundarios (distintos del central), derivados del vínculo que el sujeto mantuvo con ciertas personas significativas de su entorno familiar.

11. ***El clisé es característico para cada persona.*** Freud (1912b) afirma que “todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en la infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa” (pág. 97). El CCRT muestra una sorprendente especificidad cuando se comparan los resultados de su aplicación a distintas personas. Dicha especificidad es más notoria cuando se tienen en cuenta los tres componentes: deseos (D), reacciones de los otros (RO) y reacciones del sujeto (RS), que cuando se compara cada componente por separado.
12. ***El clisé tiende a ser el mismo a pesar del paso del tiempo.*** Freud (1912b) dice que el clisé “se repite –es reimpreso– de manera regular en la trayectoria de la vida” (págs. 97-98). Luborsky y Crits-Christoph no tienen evidencia, aportada por el CCRT, sobre el grado de consistencia del patrón durante el curso de la vida completa de una persona, pero observan que el patrón sí se mantiene durante (aproximadamente) un año de tratamiento. Por ejemplo, en treinta y tres pacientes en los que se estudió el patrón transferencial al principio del tratamiento y un año después, encuentran que el deseo principal se repite en el 66% de los episodios de relación tempranos y en el 62% de los



episodios de relación obtenidos por el CCRT doce meses después. Luborsky y Crits-Christoph (1990) refieren que se están estudiando las narrativas de niños de tres años de edad, a fin de compararlas con las narrativas posteriores (de ser posible, en la vida tardía), para ayudar a establecer el grado de consistencia del CCRT a través del tiempo.

**13. *El clisé cambia levemente a lo largo del tiempo.*** Para Freud (1912b), el clisé se repite en la medida en que lo permitan las circunstancias exteriores “y la naturaleza de los objetos de amor asequibles, aunque no se mantiene del todo inmutable frente a impresiones recientes” (pág. 98). Luborsky y Crits-Christoph (1990) encuentran que la administración del CCRT hace evidente que los deseos tienen una estabilidad considerable en el tiempo. Sin embargo, el CCRT también muestra una leve tendencia a la modificación de los deseos desde la administración en el inicio de la psicoterapia y la administración efectuada un año después. Pero los cambios más significativos se hallan en el campo de las respuestas negativas de los otros (del 41% al 29%) y en el de las respuestas negativas de uno mismo (42% al 23%) (las disminuciones están dentro de lo esperable, porque la mayoría de los pacientes de la muestra ha mejorado, y el grado de mejoría está asociado con el grado de cambio en estos dos componentes).<sup>29</sup>

**14. *El clisé muestra fluctuaciones en su capacidad de activarse en segmentos cortos del eje temporal.*** Esta observación involucra los cambios a corto plazo en la capacidad del clisé para activarse (en contraposición a los cambios a largo plazo destacados en la hipótesis anterior). Está relacionada con la hipótesis número siete (las características del terapeuta pueden activar el patrón transferencial). Los cambios en el patrón transferencial se observan

---

<sup>29</sup> Hagelin et al. (2002), encuentran que después de cuatro años de tratamiento exitoso, el CCRT de una adolescente que consultó por sentirse deprimida y aislada, arroja los siguientes resultados: los deseos aumentan en número, pasando de 10 en el CCRT inicial a 17 en el administrado cuatro años después (lo que permite inferir una mayor sensación de bienestar). Las reacciones de los otros cambian en forma significativa, pasando de 2 positivas y 20 negativas a 18 positivas y 19 negativas. Las reacciones del sujeto muestran un cambio aún mayor, pasando de 17 positivas y 50 negativas a 35 positivas y 9 negativas. En *Empirical study of a six year successful psychoanalytic therapy of a patient with anorexia nervosa*, Hagelin et al. (2003), observan que el CCRT de una joven anoréxica arroja resultados diferentes al ser administrado al inicio del tratamiento y después de seis años de terapia psicoanalítica. Los deseos de la paciente pasan a ser “más maduros y de naturaleza más razonable” (pág. 13) que los expresados al comenzar la psicoterapia.

habitualmente en el trabajo clínico. Dichos cambios pueden ocurrir tanto en el interior de una misma sesión como en sesiones distintas. En *De la historia de una neurosis infantil*, Freud (1918b [1914]) relata como, gracias a una intervención adecuada (estipular un plazo para la finalización del tratamiento), logró que su paciente pasara de la dócil apatía en la cual se había atrincherado (lo que evidenciaba un tipo particular de transferencia), a una posición distinta ante el trabajo analítico (obviamente derivada de un cambio en el patrón transferencial). Luborsky y Crits-Christoph (1990) señalan que, hasta ahora, se ha hecho muy poco para operacionalizar esta observación básica (sólo los trabajos de Gill y Hoffman muestran un intento de puntuar tales cambios en el clisé transferencial).

**15. *La interpretación cambia el modo en que se manifiesta el clisé transferencial.***

Las interpretaciones que se refieren explícitamente al patrón transferencial hacen que ese patrón cambie. Freud (1905e [1901]) considera que fue la falta de la interpretación de la transferencia negativa lo que llevó a Dora a interrumpir prematuramente su tratamiento: *"Yo no logré dominar a tiempo la transferencia; a causa de la facilidad con que Dora ponía a mi disposición en la cura una parte del material patógeno, olvidé tomar la precaución de estar atento a los primeros signos de la transferencia que se preparaba con otra parte de ese mismo material, que yo todavía ignoraba"* (pág. 103). Luborsky y Crits-Christoph (1990) hallan evidencia empírica, que corrobora que las interpretaciones que se circunscriben a los resultados obtenidos por el CCRT resultan siempre más beneficiosas para el paciente, que aquellas que no tienen en cuenta las características de los episodios de relación que éste va narrando a lo largo de su tratamiento.

**16. *El hecho de conocer su clisé transferencial puede beneficiar al paciente.*** Las interpretaciones precisas de sus patrones transferenciales pueden ayudar al paciente a reconocerlos con claridad. Ello conducirá a una disminución de las resistencias basadas en la transferencia y traerá aparejado beneficios definitivos para el paciente. Por ese motivo, Freud (1914g) dice en *Recordar, repetir y reelaborar*: *"Es preciso dar tiempo al enfermo para enfrascarse en la*

*resistencia, no consabida para él; para reelaborarla {durcharbeiten}, vencerla prosiguiendo el trabajo en desafío a ella y obedeciendo a la regla analítica fundamental. Sólo en el apogeo de la resistencia descubre uno, dentro del trabajo en común con el analizado, las mociones pulsionales reprimidas que la alimentan y de cuya existencia y poder el paciente se convence en virtud de tal vivencia”* (pág. 157). La evidencia aportada por las investigaciones efectuadas por el CCRT, da resultados mixtos en lo que hace a la corroboración o refutación de la hipótesis que afirma que el hecho de conocer su patrón transferencial puede beneficiar al paciente. La medida usada para la autocomprensión y el insight es la convergencia de las autodescripciones del paciente con los resultados de un CCRT efectuado en forma independiente. Para operacionalizar esta medida, Luborsky y Crits-Christoph parten del supuesto de que cuanto más convergen las autodescripciones del paciente con los resultados del CCRT, mayor es la autocomprensión del paciente. Los primeros resultados corroboran la hipótesis freudiana: el nivel de autocomprensión en una sesión inicial está significativamente correlacionado con los beneficios que el paciente obtiene del tratamiento. Los segundos resultados, en cambio, no corroboran la hipótesis: la ganancia en la autocomprensión no está significativamente correlacionada con los beneficios que el paciente obtiene del tratamiento. Pero, en este caso (segundos resultados), la medida operacional elegida para evaluar las ganancias obtenidas en el tratamiento no se adecua correctamente con la teoría psicoanalítica. De allí se desprende que se necesitan mejores medidas operacionales para efectuar nuevas investigaciones.

17. *El clisé puede estar al servicio de la resistencia.* Freud (1912b) se pregunta sorprendido “*por qué en el análisis la transferencia nos sale al paso como la más fuerte resistencia al tratamiento*” (pág. 99, resaltado en el original). Aclara que la transferencia como resistencia se activa en los momentos en que se persigue un complejo patógeno hasta su raíz en el inconciente: “*La resistencia acompaña todos los pasos del tratamiento; cada ocurrencia singular, cada acto del paciente, tiene que tomar en cuenta la resistencia, se constituye*



*como un compromiso entre las fuerzas cuya meta es la salud y aquellas, ya mencionadas, que las contrarían*" (pág. 101). Así, cuando Dora ve a Freud —su terapeuta— como su padre, y no recibe una interpretación adecuada de esta transferencia, la transferencia se pone al servicio de la resistencia y el tratamiento deja de ser efectivo y se interrumpe (Freud, 1905e [1901]). Luborsky y Crits-Christoph (1990) aclaran que, a pesar de la fuerza penetrante del patrón transferencial, todavía no se han efectuado estudios empíricos que permitan comprender por qué la transferencia puede convertirse en la resistencia más poderosa dentro de un tratamiento.

18. *Los síntomas pueden emerger cuando se activa el clisé transferencial.* En el caso Dora, Freud (1905e [1901]) da algunos ejemplos del hecho de que los conflictos que están activos durante la narración de los recuerdos de un paciente constituyen un contexto favorable a la aparición de los síntomas. Los síntomas histéricos de Dora emergen como parte de la puesta en funcionamiento de sus patrones centrales de relación (en particular los eróticos). Aunque Luborsky y Crits-Christoph no contrastaron hasta ahora sistemáticamente esta hipótesis, hallan muchos ejemplos que la corroboran. El patrón de conflicto en la relación —expresado en el CCRT general— precede a la aparición de los síntomas que el paciente incluye en las *reacciones del sujeto* (RS) del CCRT de un período determinado.
19. *El clisé o patrón transferencial activado en la terapia es similar al clisé o patrón transferencial que se activa fuera de la terapia.* Lo central de esta hipótesis radica en que en ella se sostiene que el patrón transferencial es una matriz que no despliega sus efectos exclusivamente dentro del tratamiento. Freud (1912b) afirma al respecto: *"No es correcto que durante el psicoanálisis la transferencia se presente más intensa y desenfrenada que fuera de él. En institutos donde los enfermos nerviosos no son tratados analíticamente se observan las máximas intensidades y las formas más indignas de una transferencia que llega hasta el sometimiento, y aun la más inequívoca coloración erótica de ella"* (pág. 99). Luborsky y Crits-Christoph (1990) obtuvieron una corroboración de esta hipótesis al realizar una investigación en

la que se comparan las narrativas extraídas de una entrevista conducida por otra persona con las narrativas recogidas por el terapeuta. Actualmente están efectuando un estudio más amplio, en el que se compara un CCRT obtenido antes de que el paciente haya conocido al terapeuta, con otro basado en los episodios de relación narrados durante la psicoterapia.

20. *Los clisés positivos pueden distinguirse de los clisés negativos.* Freud (1912b) utiliza el término *positivo*, dándole el significado de “*afectuoso*” y *negativo*, dándole el significado de sentimientos “*hostiles*”. El patrón transferencial positivo es divisible en: a. Uno que incluye sentimientos “*amistosos o tiernos*” (pág. 193), y b. Otro compuesto por sentimientos abiertamente sexuales. Pese a que Freud es suficientemente claro con respecto a lo que querían significar sus términos (*transferencia positiva* y *transferencia negativa*), Luborsky y Crits-Christoph (1990) sostienen que es difícil operacionalizar las definiciones freudianas referidas a esos patrones. De todos modos, el CCRT posee componentes que permiten hacerlo: son las reacciones positivas o negativas del otro y las reacciones positivas o negativas de uno mismo. Estos componentes parecen apropiados para operacionalizar los términos “*positivo*” y “*negativo*”, porque cuando las reacciones son positivas o negativas marcan al patrón completo como positivo o negativo. Además, Luborsky y Crits-Christoph (1990) señalan que, se observa que cuando distintos jueces identifican las reacciones de los otros y las reacciones del sujeto en términos de positivas o negativas, se obtiene un acuerdo del 95% en la clasificación. Uno de los beneficios de tener puntuados los componentes del CCRT –la RO y la RS– en términos de positivos o negativos, es que se adquirió cierto conocimiento sobre su frecuencia relativa. Dentro del contexto terapéutico, el número de respuestas negativas excede en gran parte al número de las positivas. Esto es así tanto para los relatos contados espontáneamente en el curso de la psicoterapia, como para las narrativas obtenidas en las entrevistas RAP. Posiblemente, dicen Luborsky y Crits-Christoph (1990), la alta frecuencia de las respuestas negativas en las narrativas derive de la

tendencia del paciente de *repetir* los eventos negativos o traumáticos, o del intento de *dominar* dichos eventos.

21. ***El clisé se expresa de múltiples maneras.*** Un clisé similar puede expresarse por distintas vías: en un comportamiento, en un relato sobre una relación o en un sueño. Esta hipótesis no está formulada explícitamente en la obra de Freud, pero sí ejemplificada en *Sobre la dinámica de la transferencia* (1912b) y en el caso *Dora* (1905e [1901]). En el caso *Dora*, por ejemplo, Freud analiza dos sueños para mostrar la relación de la paciente con los padres y con otras personas. Cuando se obtiene el tema central de conflicto en la relación de un paciente mediante el método CCRT, se observa que éste patrón aparece de manera similar en sus sueños y en sus relatos.
22. ***Las disposiciones innatas participan en la constitución del clisé.*** Freud (1912b) sostiene que los factores innatos (constitucionales) se articulan con los influjos que se reciben en la infancia (impresiones infantiles) en la adquisición de los patrones transferenciales: “*Nos negamos a estatuir una oposición de principio entre las dos series de factores etiológicos; más bien suponemos una regular acción conjugada de ambas para producir el efecto observado*” (pág. 97, 2ª nota al pie). La interacción difiere en los casos individuales, porque la experiencia y la constitución operan conjuntamente al determinar el patrón. Luborsky y Crits-Christoph (1990) afirman que, si bien las hipótesis freudianas referidas a los factores innatos están de acuerdo con los conocimientos modernos de la genética, no se poseen todavía datos relevantes ligados a la posibilidad de heredar un CCRT específico. También señalan que es posible que una serie de entrevistas RAP, administradas a padres adoptivos y biológicos y a sus hijos, todos ellos seleccionados de una fuente como el registro de adopción danés, aporten interesantes contribuciones en el futuro.



### **10.3.4 Ventajas del CCRT con respecto a la evaluación clínica**

Cuando realizan sus diagnósticos, describen un caso o tratan de interpretar los procesos patológicos –de una clase íntegra de afecciones o de un grupo limitado de ellas (Freud, 1917e [1915])– los clínicos no suelen verse restringidos a un número acotado de parámetros e hipótesis a tener en cuenta.

En todos los casos entra en juego una compleja articulación de tres elementos: la formación teórica, los procesos inconscientes y la captación empática del terapeuta (Losinno, 1985).

El CCRT, en cambio, hace que los profesionales entrenados para seguir sus procedimientos puedan llegar a un acuerdo considerable en cuanto a los resultados que se obtienen del material estudiado (las narraciones de los pacientes, los vínculos que se establecen con el terapeuta o una obra literaria). El CCRT provee un sistema básico de puntuación, que hace que se lo pueda utilizar, tanto para extraer de manera confiable el patrón central de relación del sujeto de estudio, como para predecir –obviamente con ciertas limitaciones y en la medida en que no entren en juego variables excepcionales– la manera en que el paciente se relacionará con el terapeuta en el futuro.

### **10.3.5 El CCRT y su aplicación a la literatura**

En los años recientes, Stirn y Pokorny (2001) han efectuado algunos cambios al método estándar del CCRT a fin de aplicarlo a la literatura. Stirn, de la Universidad de Francfort, y Pokorny, de la Universidad de Ulm, analizaron, utilizando el CCRT, los libros escritos por dos mujeres que padecían anorexia nerviosa: *Le pavillon des enfants fous*, de la autora francesa Valérie Valère y *Die Suppenkasparin*, de la autora suiza Andrea Graf. Ambas autoras describen en sus libros los procesos terapéuticos que debieron efectuar en hospitales psiquiátricos. Stirn y Pokorny (2001) hallaron notables semejanzas entre el discurso que aparece en los textos, escritos durante o poco después de la internación, y el que se observa en el curso de la psicoterapia. Por lo tanto, realizando los ajustes

metodológicos necesarios para este uso específico (pautas de identificación concreta de los componentes: D, RO y RS), el CCRT se puede aplicar a las narrativas de los autores sobre sus enfermedades y experiencias.

### **10.3.6 Entrevista de paradigma de anécdotas de relación (RAP)**

Para evitar el dificultoso método de grabar tantas entrevistas, de cada miembro de ambas muestras, como hagan falta, para contar con un mínimo de diez relatos espontáneos de episodios de relación con el padre, como requiere el CCRT cuando se aplica a sujetos en tratamiento psicoanalítico, en esta investigación se administró lo que Luborsky y Crits-Christoph (1990) llaman entrevistas RAP (Paradigmas de Anécdotas de Relación). Las entrevistas RAP pueden administrarse a personas que no están en terapia y utilizarse para la misma variedad de propósitos que los relatos extraídos de la psicoterapia (Luborsky y Crits-Christoph, 1990). Los estudios de Luborsky, Barber y Diguer (1992) han corroborado que las narraciones de un mismo sujeto poseen un alto grado de similitud en el contenido CCRT, a pesar de los diferentes modos en que se puedan obtener (sesiones de psicoterapia o entrevistas RAP).

El sistema de puntuación a aplicar a cada relato es el mismo que se aplica a cualquier episodio del CCRT. Sólo se toman en cuenta las narraciones completas y se desechan las incompletas. Para diferenciarlas con mayor facilidad, se califican de 1 a 5, de acuerdo con su grado de detalle (de menor a mayor) y se utilizan los episodios que obtienen una puntuación entre 2.5 y 5 en la escala de saturación (Ver Anexo C). Si bien los relatos de hechos específicos parecen dar más información que aquellos que generalizan varios incidentes, estos últimos también se aceptan.

En las entrevistas RAP se le pide al sujeto que cuente entre diez y doce episodios de relación —presentes o pasados— con otras personas. Si se desea estudiar el vínculo con alguna persona en particular, se le puede pedir al entrevistado que cuente relatos de eventos acaecidos con esa otra persona específica. En esta investigación se dieron las siguientes instrucciones:

*Voy a pedirte que cuentes algunos acontecimientos o sucesos que hallan ocurrido con tu padre. Cada uno debe ser un acontecimiento específico. Algunos pueden ser actuales y otros del pasado. En cada uno es necesario que digas: (1) cuándo ocurrió, (2) qué deseabas vos, (3) algo de lo que lo que tu papá dijo o hizo, (4) lo que vos dijiste, hiciste o sentiste, (5) qué pasó al final. Hacen falta al menos doce de estos acontecimientos. Podés utilizar alrededor de tres minutos y no más de cinco para contar cada uno. Yo te voy a avisar cuando estés cerca de los cinco minutos.*

Como señalan Luborsky y Crits-Christoph (1990), el procedimiento RAP parece tener algunas similitudes con el Test de Apercepción Temática de Murray; ambos constan de entrevistas en las cuales se obtienen relatos. Pero en los relatos RAP el narrador habla acerca de hechos supuestamente reales en sus relaciones con las otras personas reales, mientras que las historias del TAT son contadas como relatos ficticios estimulados por las escenas del test. Por ello, Luborsky y Crits-Christoph (1990) dicen que el procedimiento RAP presenta alguna ventaja con respecto al TAT en la evaluación de los patrones de relación.

También presenta ventajas con respecto a algunos cuestionarios de autoevaluación. En muchos de éstos, la intencionalidad de las preguntas suele resultar evidente, haciendo que el sujeto pueda adaptar a voluntad la respuesta, en función de lo que desee mostrar u ocultar al investigador (el sujeto puede mentir sin que resulte posible advertirlo). Vanderlinden y Vandereycken (1999), poseedores de una vasta experiencia en investigación empírica relacionada con los trastornos en la alimentación, dicen al respecto: *“Un comentario metodológico final se refiere en especial a la actitud de los pacientes con anorexia nerviosa respecto de la evaluación psicológica: particularmente en la etapa aguda o antes de empezar el tratamiento, a menudo niegan cualquier problema y por lo tanto hacen que el uso de instrumentos de autoevaluación sea cuestionable (...) Además, su tendencia a complacer y su preocupación por las apariencias pueden llevarlos a distorsionar sus respuestas para amoldarlas a lo socialmente*



*conveniente. Esto está muy relacionado con la comprobada tendencia de los pacientes con anorexia nerviosa a idealizar a sus padres*" (pág. 106).

### **10.3.7 Tipos de reacciones**

Como se señaló al mencionar la hipótesis N° 20 –los patrones positivos pueden distinguirse de los patrones negativos– con la finalidad de mostrar la convergencia de las observaciones de Freud sobre la transferencia y los resultados de la aplicación del CCRT, el método CCRT pone en evidencia que la mayoría de las reacciones de los otros (RO) y del sujeto (RS), incluidas en las narraciones que las personas suelen hacer en psicoterapia, son negativas.

La operacionalización de las reacciones en el CCRT hace que las reacciones se definan como positivas o negativas desde el punto de vista del paciente (sin importar otros criterios, como por ejemplo, los éticos o los ligados a la funcionalidad). Una reacción se define como positiva desde el punto de vista del paciente cuando no interfiere, o cuando tiene la expectativa de una ausencia de interferencia con la satisfacción de sus deseos (Luborsky, Barber y Diger, 1992).

Los deseos no se clasifican como positivos o negativos, porque ellos no tienden a ser en sí mismos positivos o negativos (salvo con relación a la tensión entre el yo y la conciencia moral (Freud, 1924c, 1930a [1929], 1933a [1932], o a los juicios adversos del superyó (Freud, 1912-13, 1915f, 1923b, 1940a [1938]), que no son tenidos en cuenta en la versión original del CCRT). Así, "quería que él me entienda", por ejemplo, no es, como deseo, positivo ni negativo, mientras que "quería que él me entienda, pero él dijo que no tenía ganas de estar escuchando mis chifladuras", es una clara reacción negativa. Luborsky, Barber y Diger (1992) encontraron, en el proyecto del grupo de investigación de la Universidad de Pennsylvania (Proyecto Penn), que las narraciones de los pacientes incluyen un 77% de reacciones negativas de los otros y un 84% de reacciones negativas del sujeto. Las narraciones contienen, en cambio, un 14%

de reacciones positivas de los otros y un 11% de reacciones positivas del sujeto.<sup>30</sup>

En el estudio de otro grupo, compuesto por sujetos que padecían Depresión Grave, se obtuvo un 71% de reacciones negativas de los otros y un 72% de reacciones negativas del sujeto.

Luborsky, Barber y Diguier (1992) sostienen que, un factor que contribuye a este altísimo porcentaje de reacciones negativas en los relatos de los pacientes, que se repite sistemáticamente en cada nueva investigación, es que los sujetos, en cierta medida, acuden a la psicoterapia para resolver sus problemas con los otros. Sus narraciones incluyen muchas reacciones negativas, a fin de hacer evidentes sus problemas ante el terapeuta.

De todos modos, Luborsky, Barber y Diguier (1992) señalan que, en una investigación posterior, cuando un entrevistador que no era terapeuta les pidió a un grupo de pacientes en tratamiento ambulatorio que cuenten relatos, esos sujetos también dieron en las entrevistas RAP –aunque en ningún momento se los orientó en una dirección o en otra– una mayoría de respuestas negativas. Los porcentajes son muy similares a los obtenidos de la aplicación del CCRT a las narraciones de las sesiones de psicoterapia. En las entrevistas RAP dieron un 73% de reacciones negativas y un 19% de reacciones positivas.

La hipótesis que formulan Luborsky, Barber y Diguier (1992), para explicar los resultados obtenidos con los tres grupos, es la siguiente: las interacciones negativas se hacen más difíciles de dominar que las positivas, y por ello siempre se las recuerda más.

En esta investigación sobre la representación subjetiva del padre que opera en quienes padecen anorexia nerviosa, las adolescentes del grupo de control (ninguna hace terapia ni sufre trastornos que se hayan podido detectar) dieron una inmensa mayoría de reacciones positivas. Las del grupo patológico, al

---

<sup>30</sup> En este primer grupo, todos estaban recibiendo psicoterapia en una clínica que sólo brindaba tratamiento ambulatorio. La muestra se componía de 8 hombres y 25 mujeres con una edad media de 24 años. Ninguno padecía una psicosis. Los diagnósticos de la mayoría, según el DSM-III incluían: Distimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Personalidad Histriónico.

igual que los sujetos de los tres grupos de Luborsky, Barber y Diguier, dieron un altísimo porcentaje de reacciones negativas.

Ambos resultados coinciden con dos de los supuestos teóricos que Luborsky y Crits-Christoph (1990) toman tanto de Freud como de otros autores para dar sustento teórico al CCRT.

Freud (1914g, 1920g, 1931b, 1939a) recurre al concepto de *compulsión a la repetición*, para describir y explicar algo que observa reiteradamente en su práctica clínica: la tendencia en sus pacientes a repetir, reexperimentar y volver a representar ideas y escenas traumáticas. Luborsky y Crits-Christoph (1990) señalan que, hay muchos informes confiables y recurrentes de observaciones que son consistentes con este concepto, por ejemplo, el soldado que tiene un encuentro cercano con la muerte y luego sueña repetidamente con ese suceso. Agregan que el concepto de *compulsión a la repetición* es aplicable a los datos obtenidos en varias investigaciones de la repetición de escenas traumáticas, entre ellas, las de Loevinger en 1976, las de Reiser en 1984, las de Horowitz en 1986, las de Tomkins en 1987 y las de Marmar y Horowitz en 1988.

Luborsky y Crits-Christoph (1990) destacan el componente automático incluido en el concepto de *compulsión a la repetición* y hacen hincapié en las investigaciones de Fiske y Dyer sobre la repetición basada en la presencia de un esquema previo. En 1985, estos dos psicólogos cognitivistas demostraron que un esquema, una vez aprendido, marca el camino para interpretar los sucesos nuevos de una manera similar. El esquema gradualmente se vuelve más inconsciente y se generaliza y la persona muestra un cierto aprendizaje acerca de cuándo aplicar el esquema y cuándo no, pero gran parte de la aplicación a experiencias posteriores es automática.

El segundo supuesto contiene una hipótesis central: indica que la repetición es parte de un esfuerzo para encontrar una manera de dominar los traumas e impedir una repetición que trae aparejada efectos dolorosos.



Dejando de lado las hipótesis metapsicológicas (Freud, 1915e, 1921c, 1925d [1924], 1926d [1925], 1927d, 1937c)<sup>31</sup> que Freud expuso en *Mas allá del principio del placer* y que hablan de la necesidad de dominar la energía que inunda el aparato psíquico al producirse un trauma, Luborsky y Crits-Christoph (1990) señalan que, las interpretaciones de la transferencia negativa tienden a tener el efecto de cambiar el patrón relacional y a permitir que el paciente domine mejor su tendencia a repetir situaciones en las que termina sintiéndose mal. Desde este punto de vista, los efectos de las interpretaciones de los patrones negativos pueden ser pensados como un apoyo al paciente, que está intentando dominar los aspectos traumáticos de sus relaciones. Así, las reflexiones de Freud (1905e [1901]) acerca de la interrupción prematura del tratamiento de Dora, contienen el supuesto de que si él hubiese interpretado la transferencia negativa de Dora a tiempo, haciéndole ver que su expectativa de mal trato por parte de Freud estaba ligada a lo sucedido anteriormente con el señor K, ella habría podido dominar el patrón negativo y continuar la terapia, sin caer presa de la compulsión a sentir que lo nuevo era un reencuentro con lo padecido anteriormente.

En el CCRT aparecen más reacciones negativas que positivas, afirman Luborsky y Crits-Christoph (1990), porque el paciente, al recordarlas y contarlas, estaría intentando controlar la situación.

### **10.3.8 Influencia sugestiva del terapeuta (o el entrevistador) sobre el contenido de las narraciones en el CCRT**

La posibilidad de que el terapeuta o el entrevistador, de forma voluntaria o involuntaria, contaminen los relatos del paciente, a través de la sugestión, es un tema de importancia crucial para esta investigación.

---

<sup>31</sup> Freud (1915e) dice al definir el término *metapsicología*: "Propongo que cuando consigamos describir un proceso psíquico en sus aspectos dinámicos, tópicos y económicos eso se llame una exposición metapsicológica" (pág. 178)

Esa posibilidad puede ser descartada por varios motivos. El primero es que en las entrevistas RAP se da una consigna que de ningún modo puede sugerir al entrevistado un tipo u otro de respuestas (de hecho, la consigna es siempre la misma, tanto para las jóvenes del grupo de control como para las que padecen anorexia nerviosa). En una investigación que estamos realizando sobre diferencias y similitudes del trance hipnótico y la vigilia,<sup>32</sup> en la cual se utilizan también las entrevistas RAP (en hipnosis y en vigilia), hemos observado que todos los sujetos de la muestra (30 personas) preguntan al final de dichas entrevistas qué se espera encontrar en los relatos. A pesar de ser adultos con formación terciaria o universitaria, todos dieron señales claras de no haber podido descubrir qué indicadores se tendrían en cuenta al leer sus narraciones.

Por otra parte, Luborsky y Crits-Christoph (1990) señalan que Freud, en *Recordar, repetir y reelaborar* (1914g), sostiene que cuando un paciente comienza el tratamiento desplegando ciertas conductas o lamentándose de determinada cosa –por ejemplo, mostrarse desafiante ante el analista o quejarse de ser incapaz de acabar ninguna empresa– está repitiendo un patrón previo, que nada tiene que ver con la conducta o las sugerencias del terapeuta.

Pero estas hipótesis, derivadas del campo de la clínica, pueden ser cuestionadas por el carácter asistemático de las observaciones con las que se pretende corroborarlas y por la falta de un método válido y confiable de contrastación empírica.

Por ello, Luborsky *et al.*, 1988 y Orlinsky, Grawe y Parks (como se citan en Luborsky y Crits-Christoph, 1990) efectuaron una serie de investigaciones a fin de contrastar empíricamente la hipótesis que sostiene que los patrones transferenciales que se observan mediante el CCRT son estables y, por lo tanto, independientes de la influencia del terapeuta o el entrevistador. Los resultados de ambas investigaciones apoyan la idea de que aunque el terapeuta puede influir al paciente a través de la sugestión u otros medios, hay aspectos de éste que son

---

<sup>32</sup> La investigación está siendo efectuada por los miembros de la Cátedra Seminario II - Trastornos en la alimentación, de la Carrera de Psicología de la Universidad de Morón. El proyecto se denomina: Trance hipnótico y vigilia - Diferencias y similitudes en el campo de las defensas, las pulsiones y las transferencias.

relativamente estables y por lo tanto, poco sujetos a la influencia externa. El CCRT muestra que una de las facetas de la personalidad más resistente al cambio a través del tiempo, es aquella que se relaciona con los deseos.

También, Barber *et al.*, en 1995 (como se citan en Luborsky y Crits-Christoph, 1990) llevaron a cabo una investigación en la que, utilizando el CCRT, se compararon los relatos de los pacientes, antes de que éstos se encontraran con el terapeuta, y los relatos obtenidos en las sesiones iniciales del tratamiento. Dejando de lado los otros cambios que fueron estimulados por la terapia, Barber *et al.* encontraron una consistencia considerable en los tres componentes del CCRT.

Luborsky y Crits-Christoph (1990) observaron que la Sra. Apfel, cuyo primer análisis debió interrumpirse por una enfermedad que contrajo el analista, efectuó relatos con su segundo analista que permitieron extraer un CCRT similar al que se obtuvo de las narraciones grabadas del primer análisis. Por otro lado, compararon los CCRT obtenidos en el inicio del tratamiento de 33 pacientes con los CCRT obtenidos en una fase tardía de la psicoterapia. Encontraron que el deseo principal aparecía en un 66% de los relatos del inicio del tratamiento, y que ese mismo deseo se repetía en un 62% de los relatos de la fase tardía.

Las investigaciones efectuadas hasta ahora parecen indicar, entonces, que los componentes del CCRT (deseos, reacciones de los otros y reacciones del sujeto), tanto si se obtienen de la psicoterapia como si se extraen de las entrevistas RAP, no pueden verse influidos por las sugerencias de los terapeutas o los entrevistadores.

### **10.3.9 Evaluación de las narrativas**

Después de localizar los episodios de relación utilizables y de identificar claramente los componentes de cada uno de ellos —deseos (D), reacciones de los otros (RO) y reacciones del sujeto (RS)—, tal como fueron formulados en la narración, se aplican las *categorías estándar*, para reemplazar los términos utilizados por el sujeto por otros preestablecidos, que permitan las



comparaciones interpersonales. A tal fin, se adjudica a cada componente formulado por el sujeto el número del componente de la categoría estándar que corresponda [según se trate de un (D), de una (RO) o de una (RS)] por ser el que más se le asemeja en el orden temático. La lista de categorías estándar de la edición 2 contiene 35 deseos, propósitos o necesidades, 30 reacciones del objeto y 31 reacciones del sujeto (Ver Anexo A).

Para facilitar las comparaciones interpersonales, Luborsky y Crits-Christoph (1990) derivaron empíricamente de las categorías estándar una lista de 8 *categorías cluster-estándar* (Ver Anexo B). Cada una de ellas contiene varias categorías estándar (por ejemplo: la *categoría cluster-estándar* para los deseos N° 6, *Ser amado y entendido*, incluye los componentes 1 *Ser entendido*, 2 *Ser aceptado*, 3 *Ser respetado*, 7 *Ser apreciado* y 33 *Ser amado* de las categorías estándar). Una vez que se ha adjudicado el número correspondiente de las categorías estándar a cada uno de los componentes formulados por el sujeto, se pasa a ubicar esos números en las categorías de los clusters.

### **10.3.10 Confiabilidad entre jueces**

Si bien el análisis de los episodios de relación (ER) está suficientemente sistematizado por Luborsky y Crits-Christoph (1990), al efectuar la elección y delimitación de los ER y el análisis del contenido de los relatos, se recurrió a 2 jueces externos, especialmente entrenados (licenciados en psicología). En ningún momento los jueces estuvieron concientes del grupo al que pertenecía cada entrevista RAP (grupo patológico o grupo de control).

Los 2 jueces trabajaron en forma independiente sobre el contenido de los ER y llegaron a las mismas conclusiones en la gran mayoría de los casos. Cuando hubo discrepancias, éstas fueron de un orden que no alteraba los resultados.

Ante algunas dudas en lo referente a los ER (por ejemplo: si eran completos o dónde finalizaban), se pidió asesoramiento a un tercer juez experto en el CCRT, miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

## **10.4 Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Con el objetivo de controlar que los sujetos del grupo de control no padecieran trastornos en la alimentación, se les administró, antes de incluirlos, el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria (EDI-2) de David Garner (1984).

El EDI-2 es un instrumento de autoinforme que, por brindar información acerca de la sintomatología y los aspectos psicológicos que normalmente acompañan a los trastornos en la alimentación, detecta tanto anorexia nerviosa y bulimia nerviosa como trastornos "subclínicos" de la conducta alimentaria.

Consta de 91 frases, a las que se debe contestar con una de las 6 opciones que da el cuestionario (*Nunca, Pocas Veces, A veces, A menudo, Casi siempre y Siempre*).

De las 91 frases, 64 puntúan en 8 escalas principales (*obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva y miedo a la madurez*) y las 27 restantes en tres adicionales (*ascetismo, impulsividad e inseguridad social*).

## **10.5 Procedimientos**

Se explicó a los sujetos de ambos grupos (patológico y de control) que su participación en la investigación sería totalmente voluntaria y anónima. Luego de obtener el consentimiento de las adolescentes, se procedió a realizar entre 1 y 3 entrevistas individuales con cada una de ellas. En esos encuentros, un entrevistador especialmente entrenado confirmó el diagnóstico de anorexia nerviosa en las jóvenes que pasarían a formar parte del grupo patológico, y evaluó la posibilidad de encontrarse ante adolescentes con trastornos alimentarios en el caso de aquéllas que serían incluidas en el grupo de control. Las entrevistas sirvieron también para obtener ciertos datos imprescindibles y para crear una relación que facilitara la posterior administración del CCRT o el

CCRT y el EDI-2. En todos los casos se respetó la disponibilidad de horarios de la persona a la que se le solicitó participar como sujeto de estudio.

Cada uno de los entrevistadores fue especialmente entrenado para tomar las entrevistas de paradigma de anécdotas de relación (RAP) y el EDI-2, durante un tiempo que varió entre los 4 y los 6 meses.



## Capítulo 11

### Resultados

#### 11.1 Perfil del EDI-2 en las adolescentes del grupo de control

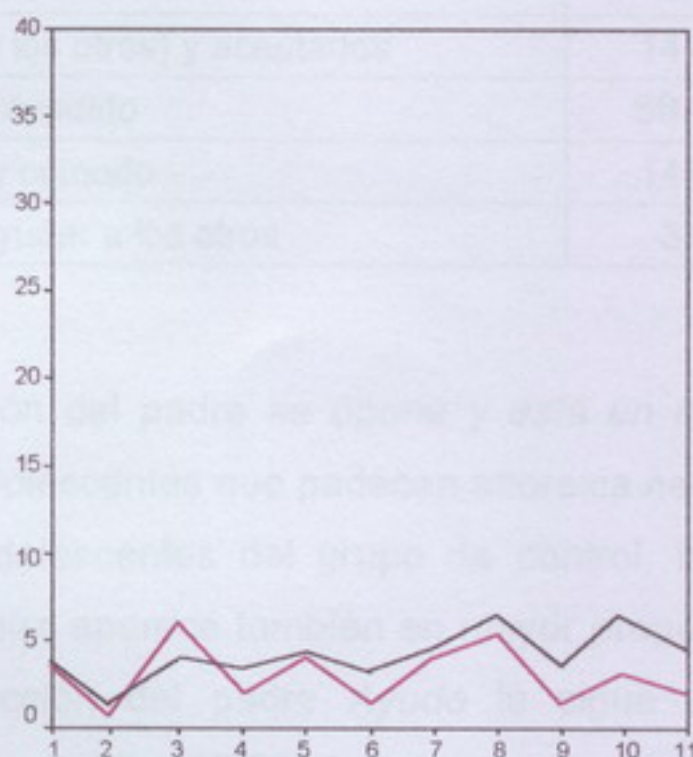
Si se comparan las medias obtenidas por las adolescentes del grupo de control con los baremos del EDI-2, se puede observar que, excepto en el caso la escala 3 (Insatisfacción corporal), están dentro de lo normal (sin trastorno en la alimentación). Es posible que la puntuación elevada en la escala de *Insatisfacción corporal* exprese el ideal cultural que Zukerfeld (1999) llama *de cambio corporal*. Adhiriendo a este ideal, la mayoría de los miembros de nuestra sociedad se sienten disconformes con su cuerpo.

**TABLA 1. Medias y desvíos estándar de las escalas del EDI-2**

Escalas	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Obsesión por la delgadez	30	0	17	3,20	4,831
Bulimia	30	0	5	,73	1,202
Insatisfacción corporal	30	0	23	6,10	6,945
Ineficacia	30	0	19	2,33	4,088
Perfeccionismo	30	0	13	3,73	3,741
Desconfianza Interpersonal	30	0	7	1,87	1,871
Conciencia Introceptiva	30	0	18	3,77	4,854
Miedo a la madurez	30	1	21	6,83	5,427
Ascetismo	30	0	6	1,45	1,695
Impulsividad	30	0	14	3,97	4,343
Inseguridad social	30	0	9	2,43	2,501
N válido (Según lista)	30				

**FIGURA 1: Perfil de las adolescentes del grupo de control en el EDI-2**

— Grupo control  
 — Mujeres, adolescentes sin trastornos de conducta alimentaria (EDI-2)



Los nombres de las Escalas del EDI-2 son: (1) Obsesión por la delgadez, (2) Bulimia, (3) Insatisfacción corporal, (4) Ineficacia, (5) Perfeccionismo, (6) Desconfianza interpersonal, (7) Conciencia introceptiva, (8) Miedo a la madurez, (9) Ascetismo, (10) Impulsividad, (11) Inseguridad social.

## 11.2 Porcentajes de los deseos, reacciones de los otros y reacciones del sujeto

Se calcularon los porcentajes de los deseos, reacciones del objeto y reacciones del sujeto correspondientes a las adolescentes que padecen anorexia nerviosa y a las del grupo de control.

El deseo de *ser amada y entendida* aparece en mayor proporción en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa (58%). En el grupo de control, en cambio, el deseo que aparece en mayor proporción es el de *sentirme bien y cómoda* (35.08%).

**TABLA 2. Porcentajes según diagnóstico y deseos**

Deseos (Yo quiero...)	Anoréxicas	G. de control
1 - Reafirmarme y ser independiente	0.93%	7.26%
2 - Oponerme, herir y controlar a los otros	2.34%	4.01%
3 - Ser controlado, ser herido y no ser responsable	5.63%	12.78%
4 - Ser distante y evitar conflictos	0.93%	2.25%
5 - Estar cerca (de los otros) y aceptarlos	14.08%	11.77%
6 - Ser amado y entendido	<b>58.92%</b>	18.79%
7 - Sentirme bien y cómodo	14.08%	<b>35.08%</b>
8 - Tener éxito y ayudar a los otros	3.05%	8.02%

La reacción del padre *se opone y está en contra* aparece en mayor proporción en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa (50.00%).

En las adolescentes del grupo de control, la reacción del padre *se opone y está en contra* aparece también en mayor proporción (34.84%). Pero, en este grupo, la reacción del padre *Ayuda* la sigue en importancia, con un porcentaje relativamente alto (22.85%).

**TABLA 3. Porcentajes según diagnóstico y reacciones de los otros**

Reacciones de los otros (Los otros.../son...)	Anoréxicas	G. de control
1 - Fuertes	1.63%	4.29%
2 - Controlan	6.35%	9.72%
3 - Trastoman, alteran, enojan	11.06%	8.59%
4 - Malos	4.71%	1.80%
5 - Se oponen y están en contra	<b>50.00%</b>	<b>34.84%</b>
6 - Ayudan	10.86%	<b>22.85%</b>
7 - Me aprecian	8.81%	11.99%
8 - Entienden	6.55%	5.88%



La reacción del sujeto *decepcionado y deprimido* aparece en mayor proporción en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa (42.35%).

En las adolescentes del grupo de control, la reacción del sujeto *decepcionado y deprimido* también aparece en mayor proporción (32.00%). Pero, en este grupo, la reacción del sujeto *decepcionado y deprimido* es seguida en importancia, con un porcentaje muy alto, por la reacción del sujeto *respetado y aceptado* (26.09%).

**TABLA 4. Porcentajes según diagnóstico y reacciones del sujeto**

Reacciones del sujeto (Me siento/soy/ hago/tengo...)	Anoréxicas	G. de control
1 - Ayudo	10.12%	11.61%
2 - No receptivo y cerrado	4.41%	2.66%
3 - Respetado y aceptado	19.33%	<b>26.09%</b>
4 - Me opongo y hiero a los otros	6.07%	3.42%
5 - Autocontrol y autoconfianza	6.99%	11.80%
6 - Desamparado	4.78%	5.71%
7 - Decepcionado y deprimido	<b>42.35%</b>	<b>32.00%</b>
8 - Asustado y avergonzado	5.89%	6.66%

## Capítulo 12

### Discusión

Si bien el concepto de representación había sido definido con precisión dentro de la teoría psicoanalítica, hasta que Luborsky y Crits-Christoph (1990) desarrollaron el *Método del tema central de conflicto en la relación* no resultaba factible determinar de manera confiable los atributos de las representaciones de un sujeto. El empleo del CCRT nos ha permitido identificar propiedades específicas de la representación subjetiva de padre de las jóvenes incluidas en ambas muestras (anoréxicas y no anoréxicas).

Tal como era de esperar, las adolescentes que padecen anorexia nerviosa erigieron en su aparato psíquico una representación subjetiva del padre distinta a la que opera en las jóvenes que integran el grupo de control.

Cuando observamos los deseos con respecto al padre, que expresaron en las entrevistas RAP las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, encontramos que el que más aparece es el deseo de *ser amada y entendida*. Dicho componente del cluster derivó fundamentalmente del punto 3 (*ser respetada; ser tratada justamente, ser valorada, ser importante para otros*) y 1 (*ser entendida; ser comprendida, empatizar con, ser vista correctamente*) de las categorías estándar del CCRT (Ver Anexo D).

En las adolescentes del grupo de control, el deseo que prevalece es el de *sentirme bien y cómoda*. Dicho componente del cluster derivó fundamentalmente del punto 32 de las categorías estándar del CCRT (*sentirme feliz; divertirme, disfrutar, sentirme bien*) (Ver Anexo E).

En las adolescentes que padecen anorexia nerviosa se observa que la principal reacción del padre en las entrevistas RAP es *se opone y está en contra*.

Si bien en las adolescentes del grupo de control también predomina la reacción del padre *se opone y está en contra*, lo hace en un porcentaje menor, y es seguida en importancia por la reacción *ayuda*.

Otra diferencia destacable es que, en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, la reacción del padre *se opone y está en contra* no sólo se da con mayor frecuencia, sino que deriva fundamentalmente del punto 12 de las categorías estándar del CCRT: *son distantes; no corresponden, no están disponibles*. En las adolescentes del grupo de control, en cambio, la reacción del padre *se opone y está en contra* deriva en un alto porcentaje del punto 17 de las categorías estándar del CCRT: *me contradicen; rechazan/bloquean mis deseos, están contra mí* (Ver Anexos D y E).

La reacción de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, ante la actitud del padre, consiste en sentirse *decepcionadas y deprimidas*, con un predominio llamativo del punto 21 de las categorías estándar del CCRT: *me siento enojada; me siento resentida, me siento irritada*, y una alta prevalencia del punto 23 de las categorías estándar del CCRT: *me siento desamada; me siento sola, me siento rechazada* (49 veces) (Ver Anexo D).

Las adolescentes del grupo de control también se sienten *decepcionadas y deprimidas* ante la reacción del padre, pero en una proporción mucho menor y mostrando un mayor equilibrio entre los puntos 20 (*estoy decepcionada; no estoy satisfecha, me siento desagradada, me siento vacía*), 21 (*me siento enojada; me siento resentida, me siento irritada*) y 22 (*me siento deprimida; me siento sin esperanza, me siento triste, me siento mal*) de las categorías estándar del CCRT. El punto 23 de las categorías estándar del CCRT: *me siento desamada; me siento sola, me siento rechazada*, muy frecuente en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, apenas aparece en las adolescentes del grupo de control (10 veces) (Ver Anexo E).

En las adolescentes del grupo de control, la tendencia a sentirse *decepcionadas y deprimidas* ante la supuesta actitud del padre, es seguida por la sensación de ser *respetadas y aceptadas* por él. Dicha sensación deriva fundamentalmente del punto 29 de las categorías estándar del CCRT: *me siento feliz; excitada, me siento bien, me siento alegre, me siento eufórica* (Ver Anexo E).



En síntesis, se puede decir que, según los resultados del CCRT, las adolescentes que padecen anorexia nerviosa han forjado una representación del padre que incluye los siguientes componentes: desean que el padre las ame (las valore) y las entienda, pero lo ven como alguien que se opone y está en contra de esos deseos (generalmente aparece como una figura distante y poco dispuesta a ocuparse de ellas). Tienden, entonces, a sentirse decepcionadas y deprimidas por la falta de amor y comprensión. El desinterés del padre, también despierta en ellas enojo y resentimiento.

En las adolescentes del grupo de control, en cambio, la representación del padre posee las siguientes características (típicas de la adolescencia): ante el deseo de sentirse bien y cómodas, es decir, de divertirse y disfrutar en compañía de sus pares, el padre aparece como una figura que muchas veces se opone a ese deseo, pero que también ayuda y brinda apoyo. Si bien en algunas ocasiones estas adolescentes suelen experimentar cierta decepción y tristeza, reaccionando con enojo ante la actitud del padre, en otras se sienten respetadas y aceptadas por él, lo que las hace estar felices y eufóricas.

Si se comparan los resultados de esta investigación sobre la representación subjetiva del padre con los resultados de las observaciones sistemáticas de Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), Morales, Hernández y Doerr-Zegers (1994) y Fitzgerald y Lane (2000), se pueden advertir numerosas coincidencias.

La representación subjetiva del padre que se observa en las adolescentes del grupo patológico, coincide con las características de los padres observadas por Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999). Estos autores señalan que los padres de las mujeres que padecen anorexia nerviosa sufrieron severas carencias afectivas, que les hacen reclamar a sus hijas y esposas el afecto y la atención que no recibieron de sus propios padres. Dichas carencias, dicen Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), los llevan a estar emocional y físicamente distantes de los hijos.

Morales, Hernández y Doerr-Zegers (1994) repararon en las permanentes disputas por la atención y el afecto de los padres que se dan entre

los hijos de una familia con una adolescente anoréxica. Morales, Hernández y Doerr-Zegers (1994), al igual que Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999), creen que los padres de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa recibieron poco afecto y atención de sus propios padres (ese déficit les impediría brindar aquello de lo cual carecieron).

Fitzgerald y Lane (2000) afirman que los padres de las adolescentes anoréxicas suelen no estar emocionalmente disponible para sus hijas. También consideran que estos padres están ausentes porque repiten los comportamientos distantes de sus propios progenitores.

Los resultados de la investigación de Murphy, Troop y Treasure (2000) coinciden con los de esta investigación, sobre la representación subjetiva del padre, en un punto a destacar: las hermanas no afectadas de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa manifestaron que eran controladas por el padre en mayor medida que las hermanas afectadas. En nuestra investigación se vio que la representación del padre de las adolescentes sin trastornos en la alimentación incluye el oponerse y el estar en contra como reacciones usuales ante los deseos de divertirse, disfrutar y sentirse bien en compañía de sus pares.

Humphrey (1986), por su parte, concluye que los padres de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa son más propensos a ignorar y a descuidar a sus hijas, que los padres de las adolescentes que padecen bulimia o las del grupo de control. Estos resultados concuerdan con la representación subjetiva del padre que se detectó en las adolescentes anoréxicas de nuestra investigación. Como hemos visto, éstas forjaron en su aparato psíquico una representación del padre que se opone y está en contra de sus deseos de ser amadas y entendidas.

Calam, Waller, Slade y Newton (1990), al administrar el *Instrumento de Vínculo Parental* a 98 pacientes con desórdenes alimentarios anoréxicos y bulímicos y 242 sujetos sin trastorno alimentario, encontraron que las 98 mujeres que padecían anorexia percibían a sus padres como sobreprotectores y poco afectuosos (la sobre protección es entendida en el *Instrumento de Vínculo Parental* como un excesivo compromiso de los padres en los proyectos de sus hijos). Russell, Kopec-Schrader, Rey y Beumont (1992), en cambio, al utilizar el

*Instrumento de Vínculo Parental*, encontraron que las 54 adolescentes que padecían anorexia nerviosa informaron que sus padres eran protectores y mostraban poca tendencia a la sobreprotección. Pero Russell, Kopec-Schrader, Rey y Beumont (1992) reconocen que la tendencia a idealizar a sus padres puede haber intervenido como un factor determinante en el hecho de que las pacientes con anorexia nerviosa valoraran a sus padres más positivamente de lo que lo hicieron las jóvenes normales. También creen que en dicha valorización positiva pudo influir la propensión de estas pacientes a estar particularmente preocupadas por el modo en que se muestran y muestran a sus familias ante los demás.

Las investigaciones de Szabo, Goldin y Le-Grange (1999), Bottino *et al.* (2003) y la Cátedra Seminario II - Trastornos en la alimentación, de la Carrera de Psicología, de la Universidad de Morón, coinciden con la nuestra en distintos aspectos. Szabo, Goldin y Le-Grange (1999) encontraron que las jóvenes que padecen anorexia nerviosa ven a su padre como alguien distante, que no se ocupa de poner los límites, ni asume el liderazgo de la familia. Bottino *et al.* (2003), al utilizar el CCRT para analizar los relatos de una mujer que padecía compulsión alimentaria, obtuvieron los mismos resultados que nosotros, tanto en los deseos, como en las reacciones de los otros y las reacciones de la paciente. Si bien los relatos no se referían al padre, las coincidencias observadas parecen indicar que la representación del padre puede ser transferida a otras figuras significativas para la paciente. Esto mismo se desprende del análisis de los relatos que aparecen en el libro de Lori Gottlieb (2000) efectuado con el CCRT por la Cátedra Seminario II - Trastornos en la alimentación. Gottlieb (2000) parece transferir la representación del padre que opera en su aparato psíquico al médico clínico y al psiquiatra. De los tres espera ser amada y entendida, a los tres los ve como oponiéndose y estando en contra de esos deseos. Ante esas supuestas reacciones, responde ante los tres sintiéndose decepcionada y deprimida.

Los resultados obtenidos por Castro, Toro y Cruz (2000) se contraponen hasta cierto punto con los obtenidos en nuestra investigación. Castro, Toro y Cruz (2000) encontraron que la única diferencia significativa existente entre el grupo de 158 adolescentes del sexo femenino que podían



diagnosticarse como anoréxicas, según los criterios diagnósticos del DSM-IV y el compuesto por 159 extraídos de la población general, consistía, al administrar *Mis Memorias de Crianza para Adolescentes*, en que las jóvenes anoréxicas percibían más *Calidez emocional* por parte de los padres (varones). Pero también encontraron que un alto nivel de *Rechazo* por parte del padre operaba como estadísticamente significativo para predecir malos resultados en los tratamientos a corto plazo. El ítem *Rechazo*, de *Mis Memorias de Crianza para Adolescentes*, parece coincidir con la sensación de que el padre *se opone y está en contra* del deseo de *ser amada y entendida* del CCRT. De cualquier modo, las discrepancias entre los resultados de la investigación de Castro, Toro y Cruz (2000) y la nuestra están dentro de lo esperable. Dichas discrepancias parecen derivar de dos elementos de diverso orden. Por un lado, Castro, Toro y Cruz (2000) reconocen que los resultados conflictivos de la investigación pueden estar determinados por el uso de cuestionarios de autoinforme. Por otro, es evidente que en todas las investigaciones en que participa Toro, así como en los libros que ha escrito (Toro, 1987, 1996), la cultura y los circuitos autoperpetuantes endógenos aparecen como los únicos factores etiológicos a tener en cuenta en lo que respecta a los trastornos en la alimentación. Toro (1987, 1996) se ocupa siempre de remarcar que no ha encontrado ningún rasgo patológico en los padres de quienes padecen anorexia nerviosa o bulimia. Pero, cuando estos rasgos patológicos son tan llamativos que resulta difícil desmentirlos, se pregunta quién puede determinar si esos rasgos patológicos tienen algo que ver con el origen del trastorno o si son simplemente una lamentable consecuencia de tener que lidiar con una hija o un hijo tan enfermo. En las investigaciones de Toro parece operar lo que en física se llama *error sistemático*.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Los errores sistemáticos se producen siempre en un sentido (por exceso o por defecto) y son debidos a algún defecto del instrumento o a algún *"vicio del observador"* (Glosario, 2005). Los errores accidentales son, en cambio, debidos a causas imprevistas —e imposibles de controlar— y a defectos de los sentidos del observador (se pueden anular, hasta cierto punto, realizando varias medidas y promediándolas). Los errores de paralaje se deben a un defecto en la observación. Por ejemplo: al estar la aguja de un instrumento por delante de la escala, si no se mira perpendicularmente al plano de la escala la línea que se enfila desde la aguja a la escala barre todo un campo de posibles valores (si se mira el velocímetro de un coche desde la derecha del conductor, se verá siempre una velocidad menor que la que lee el conductor).

Hemos visto que, en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, el deseo de *ser amadas y entendidas* aparece tanto en los resultados del CCRT, obtenidos por medio de entrevistas RAP, como en las narraciones autobiográficas de Gottlieb (2000). Lo mismo sucede con las reacciones del padre y las reacciones de la joven (en el relato de Gottlieb los tres componentes se repiten con el médico y el psiquiatra). Esta observación parece corroborar que estamos ante una constante propia de la formación clínica a la que llamamos anorexia nerviosa, y no ante una mera contingencia (derivada exclusivamente de las particularidades de la muestra seleccionada en esta investigación).

Las adolescentes del grupo de control parecen estar en el período que Erikson (1950, 1968, 1970) denomina *moratoria psicosocial*. En ese segundo período de demora,<sup>34</sup> las adolescentes del grupo de control oscilan entre la vida académica, los encuentros eróticos, las reuniones de pares y el deseo de consumir logros que sinteticen las identificaciones de la infancia (en concordancia con sectores de la sociedad más amplios que la familia nuclear). También muestran una gran urgencia por alcanzar independencia. Dicho deseo de independencia, junto con las necesidades sexuales, son las fuentes de tensión interna característica de la adolescencia.

A las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, además de los muchos problemas internos que debe enfrentar todos los adolescentes (intensificación de las demandas sexuales, necesidad de independencia, labilidad emocional y ansiedad por los cambios corporales), parece sumársele otro que adquiere en ellas una magnitud excepcional: el impacto de problemas irresueltos de la niñez. Como destaca Josselyn (1955), en la adolescencia se produce una realineación de fuerzas cuya resultante es siempre diferente de la solución original encontrada en la niñez. *"Si la primera solución fue adecuada para la niñez", dice Josselyn, "la modificación en la adolescencia probablemente ocurra más llanamente". Pero, "si el conflicto fue resuelto inadecuadamente en la fase*

---

<sup>34</sup> Segundo con relación a la latencia que precede a la pubertad, período de demora que permite *"al futuro cónyuge y padre que primero asista a cualquier «escuela» que su cultura proporcione y que aprenda los rudimentos técnicos y sociales de una situación laboral"* (Erikson, 1968, pág. 127).

*temprana, la insuficiencia se agrega a las complejidades de la adolescencia*" (pág. 15).

El deseo de *ser amada y entendida*, que prevalece en las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, contiene dos elementos fundamentales. El primero es de orden afectivo: ser valorada y apreciada (que se interesen en ella), mientras que el segundo es de orden cognitivo: ser entendida.

El componente ligado al *ser entendida* implica un reclamo de empatía hacia el padre. Las jóvenes que padecen anorexia nerviosa esperan que el padre no sólo las acepte, las respete y las aprecie, sino que también posea una mente pensante capaz de registrar qué sienten y por qué lo sienten. Es posible que esperen encontrar en el padre aquello de lo que adolece la madre. La falta de una respuesta adecuada ante este anhelo puede operar como un factor causal en la tan evidente incapacidad de estas jóvenes para captar y aceptar las necesidades de los otros.

Los resultados de esta investigación sugieren que, las adolescentes que padecen anorexia nerviosa están esperando algo previo y más elemental que sus pares que no presentan un trastorno en la alimentación. Atendiendo a las hipótesis de Killingmo (1989), se puede considerar que su padecimiento deriva de un déficit (articulado con conflictos específicos).

Killingmo (1989) señala que, por mucho tiempo, los psicoanalistas entendieron a la psicopatología como la consecuencia directa de un conflicto (Killingmo aclara que, dentro de la teoría psicoanalítica, el conflicto implica patrones de oposición entre el ello, el yo, el superyó y la realidad). Pero afirma que la psicopatología no siempre deriva de fuerzas que se oponen activamente unas a otras. En ciertos casos, dice Killingmo (1989), las formaciones clínicas con las que se encuentra el terapeuta son la consecuencia de *"un sufrimiento o trauma pasivo"* (pág. 111).<sup>35</sup> Según Killingmo (1989), en esos casos, la influencia

---

<sup>35</sup> Killingmo (1989) sostiene que, en el psicoanálisis contemporáneo, predominan tres posiciones teóricas respecto al concepto de conflicto: a. El conflicto existe desde el nacimiento y, por ende, todas las patologías psíquicas derivan de un conflicto. Por ello, el psicoanálisis, como procedimiento terapéutico, es aplicable a cualquier formación clínica, b. La noción de conflicto patógeno queda restringida al conflicto intersistémico (ello, yo y superyó). Las patologías que se originan en un déficit evolutivo acaecido en las primeras etapas indiferenciadas caen fuera de la influencia del tratamiento psicoanalítico, y c. Tanto el conflicto como el déficit



patógena del medio no radicó esencialmente en una condena moral que se opuso a los deseos del niño, sino a una falla, consistente en la falta de una respuesta emocionalmente adecuada en relación con las necesidades evolutivas del infante.

Desde la óptica de Killingmo (1989), la patología derivada de un déficit se caracteriza por determinadas fallas intrasistémicas (es la propia evolución de la estructura del yo la que ha sido dañada). Esas fallas incluyen: una estructura defectuosa del sí mismo, falta de constancia del objeto, difusión de la identidad, escisión y falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos. Hoy sabemos que todas las fallas mencionadas por Killingmo se observan en los adolescentes que padecen anorexia nerviosa (Vanderlinden y Vandereycken, 1999, Zukerfeld, 2003).

Los patrones complejos en los que se articulan los derivados del conflicto y del déficit, asevera Killingmo (1989), hacen que los derivados del déficit tiendan a intensificar los conflictos evolutivos universales. La angustia de castración enlazada al conflicto edípico, por ejemplo, tiende a adquirir una dimensión insoportable cuando se activa en un yo previamente fragmentado. Las privaciones pueden también, como se observa en la anorexia nerviosa, dejar un hambre de objetos tan intensa que no podrá ser paliada por ninguna relación amorosa.

Una de las consecuencias del déficit (por estímulos abrumadores, estímulos inadecuados o privación) consiste, desde la óptica de Killingmo (1989), en que el yo resulte dañado en un momento en el que todavía no se ha desarrollado como para captar la concatenación entre causas y efectos y para representarse a sí mismo como un centro estratégico. El resultado de esa falta de diferenciación del yo es un estado de confusión y la emergencia sistemática de sentimientos amorfos de vergüenza y culpa (siempre presentes en quienes padecen anorexia nerviosa).

Dentro de los derivados de los trastornos por déficit, Bleichmar (1997) también subraya la importancia de: una marcada dificultad para apaciguar la

---

que se produjo en las primeras etapas evolutivas indiferenciadas deben ser incluidos dentro de la teoría estructural. La técnica psicoanalítica necesita ser ampliada con el fin de posibilitar el tratamiento de todas las

angustia, ciertas fallas graves en la regulación de la autoestima y la baja vitalidad de los deseos.

Con respecto a la regulación de la autoestima, Bleichmar (1997) dice que la autoestima es una creación en la que el medio externo resulta siempre decisivo. Además, aclara que, si los otros significativos para el niño no le hacen creer a éste que es capaz y hábil, lo único que el niño podría captar sería su torpeza por contraste con la habilidad de los adultos. Tan sólo *“porque existe otro que desde afuera le crea una ilusión –y se trata de una verdadera profecía autocumplida que permite construir las funciones que se supone que posee–, que le hace creer que cuando mueve las manos es maravilloso, que cuando da los primeros pasos es un corredor de carreras, que cuando balbucea tres sílabas es un orador”* (pág. 122), agrega Bleichmar (1997), el niño puede entusiasmarse consigo mismo.

Es muy probable que una figura paterna distante y, por ende, poco dispuesta a resaltar los logros de su hija, halla operado como una de las fuentes principales de la baja autoestima que caracteriza a las adolescentes que padecen anorexia nerviosa.

## Capítulo 13

### Conclusiones

Los resultados de esta investigación sugieren que, en el aparato psíquico de las adolescentes de entre 15 y 20 años que padecen anorexia nerviosa opera una representación del padre con características específicas.

Varios aspectos de dicha representación se pudieron detectar al comparar los resultados del análisis de las narraciones de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, con los resultados del análisis de las narraciones de las adolescentes del grupo de control con el *Método del Tema Central de Conflicto en la Relación*.

Los resultados del análisis de las narraciones de ambos grupos con el *Método del Tema Central de Conflicto en la Relación* permiten concluir que:

1. Las adolescentes que padecen anorexia nerviosa desean ser amadas, valoradas y entendidas por el padre, mientras que las adolescentes del grupo de control desean sentirse bien y cómodas, disfrutando en compañía de sus pares.
2. Tanto las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, como las que integran el grupo de control, han forjado en su aparato psíquico una representación del padre que se opone y está en contra de sus deseos. Pero las adolescentes que padecen anorexia nerviosa ven al padre como alguien que se opone a sus deseos de ser amadas, valoradas y entendidas por ser distante y no estar disponible. Las que forman el grupo de control, en cambio, ven al padre como alguien que se opone a sus deseos típicos de la adolescencia (disfrutar en compañía de sus pares) contradiciéndolas y contrariándolas con restricciones. Además, las adolescentes del grupo de control perciben al padre como una fuente de ayuda. En este caso, la representación del padre posee aspectos positivos y negativos. En las adolescentes que padecen anorexia nerviosa, la



representación del padre sólo posee aspectos negativos (el padre aparece como alguien poco dispuesto a prestar atención).

3. Si bien las adolescentes que padecen anorexia nerviosa y las que forman el grupo de control reaccionan con decepción y depresión ante la supuesta actitud del padre, se observan dos diferencias fundamentales entre unas y otras. La primera diferencia radica en que las adolescentes que padecen anorexia nerviosa se sienten decepcionadas y deprimidas en mayor proporción que las adolescentes que forman el grupo de control. La segunda, está ligada al hecho de que las adolescentes del grupo de control también se sienten respetadas y aceptadas por el padre. Al experimentar dichas sensaciones, tienden a estar felices y eufóricas.

Las mismas características de la representación del padre que predomina en las adolescentes que forman el grupo patológico, se repiten en las representaciones del padre, del médico y del psiquiatra que aparecen en el relato autobiográfico de Lori Gottlieb analizado con el CCRT. Esa repetición, sumada a las que se observan en la práctica clínica, lleva a pensar que las adolescentes que padecen anorexia nerviosa transfieren sistemáticamente una representación análoga a todas las figuras masculinas significativas.

Atendiendo a los fenómenos mencionados, parece fundamental que los terapeutas de las adolescentes que padecen anorexia nerviosa eviten las intervenciones que refuercen la imagen de un adulto distante, incapaz de entender los sentimientos sus pacientes e inclinado a descalificarlas.

## **Capítulo 14**

### **Implicancias de los hallazgos para la práctica clínica**

Wachtel (1993) afirma que los psicoterapeutas tienden a pensar que, si se entiende correctamente lo que le sucede al paciente, resulta relativamente sencillo saber qué decirle y cómo decírselo. Pero también plantea que ciertas maneras de interpretar tienden a generar resistencias que impiden aprovechar las interpretaciones.

Los resultados de esta investigación sugieren que –por lo menos en un principio– se deberían encarar los temas que se tratan en la psicoterapia de un modo que permita que las jóvenes que padecen anorexia nerviosa estén dispuestas a oír lo que se le dice, en lugar de sentirse poco entendidas o desvalorizadas. Hemos visto que esas sensaciones, al favorecer la sustitución del terapeuta, merced a la transferencia, por una representación del padre hostil (que se opone y está en contra de los deseos de la paciente), probablemente las llevarían a decepcionarse y/o deprimirse.

Parece factible, y tanto la experiencia clínica como los resultados obtenidos en la investigación lo corroboran, que si se tienen especialmente en cuenta las palabras que se escogen en cada intervención y los sectores del relato o de la conducta de las pacientes a los que se va a aludir al interpretar, señalar o preguntar, se puedan sortear por lo menos seis de las grandes dificultades –derivadas de la tendencia a confundir, en la transferencia, al terapeuta con el padre hostil– que generalmente se presentan en los inicios del tratamiento de quienes padecen anorexia nerviosa grave:

1. La alternancia de largos momentos de silencio –acompañados de la pretensión de tener la mente en blanco– con un discurso expulsivo, de tipo catártico y/o con interminables descripciones de qué y cuánto se ingirió.
2. La irritabilidad y la suspicacia.

3. La imposibilidad de las pacientes para asociar acerca de aquellos sucesos que las llevan a restringir más la ingesta o a recurrir a los mecanismos purgativos.
4. La pertinaz negativa de las pacientes a pedir ayuda cuando se están por entregar a los raptos bulímicos (incluso las que han tenido con anterioridad desgarros de esófago acompañados de hemorragias considerables).
5. La tendencia a tomar distancia o romper el vínculo terapéutico.
6. La propensión a generar reacciones contratransferenciales –de la gama de la furia y la desesperación– que hacen que los terapeutas se muestren aliviados ante las deserciones de las pacientes.

En los apartados siguientes se mencionarán algunas estrategias que, según los datos aportados por esta investigación,<sup>36</sup> resultarían útiles en la muy difícil tarea de ayudar a las jóvenes que padecen anorexia nerviosa. También se tratará el tema de cuándo y hasta qué punto puede estar justificado apelar a dichas estrategias. Si bien ninguna de ellas representa más que un pequeño aporte para el mejor desarrollo de la psicoterapia (seguramente se podrían obtener excelentes resultados con otras formas de orientar el tratamiento), en su conjunto forman parte de una modalidad de abordaje que, en el corto tiempo en que se viene empleando, ha mostrado una eficacia considerable.<sup>37</sup>

#### **14.1 La creación de una atmósfera adecuada**

Es de esperar que, en todo tratamiento psicológico el terapeuta cuente con los recursos y habilidades que le permitan crear una atmósfera adecuada para la tarea (más o menos difícil) de ayudar al paciente a poner en palabras los deseos, sentimientos y pensamientos que lo inquietan o que rechaza innecesariamente.

---

<sup>36</sup> Fundamentalmente, el deseo de ser valoradas y entendidas, y la tendencia a suponer que el terapeuta repetirá la postura de un padre siempre inclinado a oponerse a esos deseos.

<sup>37</sup> Desde junio de 2004.



Cuando uno de los principales objetivos de la terapia, como sucede con quienes padecen anorexia nerviosa, es evitar que la paciente se entregue totalmente a una serie de temores y mecanismos, que la llevan a reaccionar ante sus sentimientos y ante sus propios cuerpos como si éstos fueran una amenaza, el terapeuta deberá dar el soporte necesario, a fin de que ésta se sienta segura y adquiera poco a poco la capacidad de expresar satisfactoriamente todo lo que se refiere a dichos temores y mecanismos.

Los resultados de esta investigación hacen evidente que las intervenciones del terapeuta deben adecuarse a una paciente que tiende a ver a las figuras paternas como descalificantes y proclives a estar en su contra. Por ello, sus interpretaciones, los términos que emplee en todo momento y, por supuesto, su conducta, tendrían que ajustarse de modo que las jóvenes que padecen anorexia nerviosa encuentren el menor soporte externo posible para su tendencia a confundirlo con sus imágenes internas hostiles.

Es fundamental recordar que uno de los factores que más ligan a la paciente anoréxica con el tratamiento y sus objetivos es la capacidad del terapeuta para hacer que aquélla se sienta aceptada y tenida en cuenta. Si el terapeuta decide que la continuidad del tratamiento constituye un punto básico del mismo, es imprescindible que la paciente observe que está ante alguien capaz de poner en palabras lo que ella siente o fantasea. Pero para que esta puesta en palabras no reedite el vínculo doloroso que, en el pasado, la joven anoréxica estableció con su padre, lo dicho por el terapeuta, en su tono y en su contenido, debe excluir necesariamente cualquier tipo de crítica o reproche. De lo contrario se activará el componente ligado a la reacción del padre (RO) del patrón transferencial y la paciente volverá a experimentar a su interlocutor como alguien que sistemáticamente se opone y está en contra de sus deseos. A partir de allí tenderá a sentirse (RS) decepcionada y deprimida y, por ello, inclinada a abandonar el tratamiento.

En los episodios de relación que tuvieron lugar entre Lori Gottlieb (2000) y su psiquiatra, el doctor Gold, encontramos uno donde la adolescente anoréxica dice: *“él me contestó que uno de los problemas que tengo es que me*

*preocupo demasiado por lo que hacen los demás cuando debería pensar más en mí misma*" (pág. 194). En el mismo episodio, Gottlieb (2000) agrega: *"Pero cuando comenté que era genial que los seres humanos tuvieran dos huesos diferentes en la parte inferior de las piernas, aunque en apariencia hay sólo uno, lanzó un largo suspiro y dijo que mi cerebro no funcionaba bien por lo desnutrida que estoy. La verdad es que mi cerebro no funcionaba bien a causa de su aliento a podrido"* (pág. 195). La escasa habilidad del doctor Gold para generar una atmósfera adecuada en el tratamiento llevó, entre otras cosas, a que éste se convirtiera en algo más parecido a una batalla que a un encuentro terapéutico.

Dejando de lado las críticas y las fatales faltas de consideración, cabe mencionar el bajo grado de frustración que pueden soportar quienes padecen anorexia nerviosa. Si bien es cierto que se suele afirmar que el tratamiento psicoanalítico debe transcurrir bajo la regla de abstinencia, también es cierto que Freud (1915a [1914], 1919a [1918]) aclara que, llevar esta regla al extremo, es generalmente intolerable para el paciente.

Respetando este punto de vista, Wile (como se cita en Wachtel, 1993) sostiene que, ya que lo que mantiene alejado de la conciencia a un deseo o un impulso es la angustia que generan, la mejor forma de elevarlos hasta la conciencia no consiste en frustrarlos, sino en disminuir la preocupación del paciente sobre ellos, permitiendo así que se vea a sí mismo de una manera que haga a estos contenidos psíquicos menos amenazantes.

Los resultados de esta investigación parecen corroborar, por lo menos en lo que hace al tratamiento de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa, las siguientes palabras de Wile (como se cita en Wachtel, 1993): *"La condición previa para la emergencia de los contenidos ocultos es (...) seguridad más que frustración"* (pág. 52). Las anoréxicas sienten que han padecido tantas frustraciones frente a sus deseos primordiales —ser amadas y entendidas— que, difícilmente, una nueva serie de frustraciones las alentaría a establecer una alianza de trabajo con el terapeuta.

## 14.2 La interpretación de las defensas

Atendiendo a la imagen subjetiva del padre que prevalece en las jóvenes que padecen anorexia nerviosa, parece especialmente inadecuado seguir con ellas la recomendación de interpretar sistemáticamente la defensa antes que el impulso rechazado (Fenichel, 1941). Según Fenichel, la interpretación de la defensa debe seguir los siguientes pasos:

1. Aislar la defensa de la parte juzgante de yo del paciente.
2. La toma de conciencia por parte de éste de que lo que creía que padecía pasivamente lo provoca él activamente.

A continuación, el paciente necesita:

3. Darse cuenta de que su defensa tiene un propósito.
4. Hacer conciente que el propósito es eludir determinadas cuestiones.
5. Comprender que lo que desea soslayar está determinado históricamente y que su historia determina también el modo elegido para la evasión.
6. Averiguar *"de qué manera, equivocadamente arrastra el pasado en el presente, por no haber aprendido la diferencia entre uno y otro"* (pág. 131, resaltado agregado).

Como señala Wachtel (1993): *"En esta recomendación hay muchas cosas que tienen sentido; pero tal y como se suele aplicar, puede llegar a impedir el progreso del paciente hacia la salud y la mejora de la autoestima, e incluso puede impedir la comprensión profunda del conflicto que pretendía resolver"* (pág. 139). Teniendo en cuenta la baja autoestima de estas jóvenes y la tendencia a sentirse poco valoradas que se observan en ellas, resulta substancialmente inadecuado formular interpretaciones que fácilmente son registradas como críticas (sobre todo si se toman literalmente las palabras de Fenichel, y se dice a



la paciente, por ejemplo, que arrastra *"equivocadamente"* el pasado en el presente por *"no haber aprendido"* la diferencia entre uno y otro).

Sin bien es cierto que, el análisis de los deseos y las defensas que se oponen a esos deseos resulta imprescindible para lograr cambios duraderos (por lo menos así se lo concibe dentro del paradigma psicoanalítico clásico), el análisis de dichas defensas no tiene por qué estar orientado —como tiende a hacerse— a destacar sistemáticamente los aspectos negativos del paciente. En el tratamiento de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa parecería indicado, en cada ocasión en que se hace necesario analizar las defensas, mencionar algunos de los avances que se han logrado en ese aspecto en el trabajo terapéutico. Wachtel (1993) afirma al respecto: *"Con frecuencia, incluso cuando el paciente evidencia una defensividad considerable, podemos advertir que ésta es notablemente inferior a la que presentaba anteriormente"* (pág. 140, resaltado en el original). Wachtel advierte también que, si la regla de interpretar la defensa antes que el contenido se aplica de forma demasiado estricta, el terapeuta puede centrarse exclusivamente en el modo en que el paciente trata de evitar el impacto que le produce lo que está descubriendo, en lugar de atender a que el proceso de descubrimiento ya está en marcha.

Un ejemplo sencillo permitirá ilustrar lo que se plantea en este apartado. En los casos típicos, las jóvenes que padecen anorexia nerviosa presentan una autoestima excepcionalmente baja y una gran dificultad concomitante para admitir cualquier logro. Por ello, si en el tratamiento de una paciente se han producido cambios positivos que le permiten desempeñarse con mayor soltura en la vida cotidiana, arriesgándose, v. gr., a enfrentar situaciones que antes la paralizaban, tenderá a mencionar las ocasiones en las que mostró un desempeño notable (como cuando obtuvo una nota alta en un examen), en una secuencia narrativa en la que se intercalarán expresiones de satisfacción y alegría con comentarios destinados a minimizar el valor de lo acontecido. Para descalificarse puede decir, entre otras cosas, que: *"en realidad sabe bastante poco"*, *"las preguntas eran tan fáciles que contestarlas bien no significa nada"*, *"el profesor le tuvo lástima"* o *"todo se trató de un mero golpe de suerte"*.

Si en esa eventualidad, elegimos interpretar primero las defensas, atendiendo a lo que ya sabemos de la paciente, remarcaremos que una vez más aparece el temor a ser mirada con recelo por un observador envidioso de sus logros, propenso a pensar que está actuando con arrogancia. El paso siguiente consistirá en agregar que, en realidad, sobre ese supuesto observador está proyectando su propia mirada envidiosa. Al hacerlo de ese modo, y suponiendo que la interpretación concuerde con lo que está sucediendo, probablemente despertemos en ella la convicción de que le estamos mostrando que, también ahora, está lejos de un desempeño adecuado, pues ha vuelto a criticarse con la misma dureza con que lo hacía en el pasado (y a causa de los mismos mecanismos). La interpretación termina así coludiéndose con la autocrítica de la paciente; dirigir su atención hacia la defensa le corrobora que no sabe hacer nada realmente bien. En situaciones como las descritas, parece más adecuado resaltar que, evidentemente, ella se siente ahora suficientemente fuerte como para enfrentar las situaciones que antes temía, y que, además, se permite, por momentos, disfrutar de sus logros. Después podremos apuntar con éxito (sin generar nuevas resistencias) a los mecanismos que se oponen a la aceptación plena de lo acontecido.

### **14.3 La forma de hacer preguntas y el manejo del silencio**

En los episodios de relación que tuvieron lugar entre Lori Gottlieb (2000) y su médico y su psiquiatra, encontramos una serie de preguntas, formuladas de tal modo por los profesionales, que parecieron reforzar las tendencias agresivas de la joven anoréxica. En un episodio de relación de Gottlieb (2000) con su médico clínico, el doctor Katz, vemos que éste *pregunta* de la siguiente manera: *“Estoy muy confundido. Dices que estás comiendo, pero tu mamá asegura que no, y según la balanza estás pesando 27,200 kilos. ¿Cómo me lo explicas?”* (pág. 96). Mientras pregunta, el doctor Katz mira a Gottlieb (2000) *“con los ojos entornados como si hubiera en su despacho una luz que lo encandilara y le hicieran falta gafas ahumadas”* (pág. 96). En otro episodio,

recuerda Gottlieb (2000), el doctor Katz *"quiso saber por qué, si todo anda bien, estoy perdiendo peso"* (pág. 115).

Como indica Wachtel (1993), la pericia del terapeuta radica, en gran medida, en su adecuado manejo de la resistencia. Pero debe tener en cuenta *"que la resistencia del paciente no es el único factor que puede contribuir a la presencia de un sesgo hostil en la terapia. La forma de hacer preguntas (...) puede ser igualmente responsable"* (pág. 101, resaltado agregado). Si las preguntas del profesional, en lugar de operar como una invitación al análisis de ciertos aspectos de la experiencia del paciente (o a sus motivaciones), tienden a cuestionarlo, dejan obviamente de ser preguntas *puras*. Pueden, entonces, pasar a ser una crítica encubierta que lo lleva a defenderse o a retraerse. Obviamente, las preguntas del doctor Katz se encuentran entre estas últimas.

Es cierto que en lo que hace al modo de utilizar las preguntas, hay discrepancias entre los distintos autores. Mientras Wachtel (1993) las emplea como modo de decir algo sin molestar al paciente (asumiendo que éste comprende perfectamente algo sobre lo cual sólo puede tener una comprensión real después de comprometerse con la pregunta),<sup>38</sup> Etchegoyen (1986) critica abiertamente este método (según Etchegoyen, las preguntas deben hacerse con el exclusivo propósito de obtener información).

De todos modos, y dejando de lado las discrepancias señaladas, resulta fundamental recordar la tendencia de la jóvenes anoréxicas a sentir que los otros son distantes o la contradicen al momento de formular preguntas.

En lo que hace al silencio, en *Diario de una anoréxica*, encontramos que Gottlieb (2000) relata con respecto al doctor Gold, su psiquiatra: *"Se quedó un rato largo haciendo gestos de asentimiento. No sé por qué se molestaba en preguntarme cosas si después pensaba quedarse callado. Ya me estaba resultando aburrido, de modo que bajé la vista, me miré los muslos y traté de*

---

<sup>38</sup> Wachtel (1993) recomienda dar por sentado que el paciente reconoce concientemente aquello que el terapeuta supone antes de preguntar. Siguiendo las indicaciones de Wachtel (1993), a una paciente anoréxica que, sin saber por qué, se niega sistemáticamente a enfrentarse a situaciones de examen, podríamos preguntarle: ¿Qué temerás ante un examen?, ¿Qué podría resultar amenazador en una situación como esa?. De ese modo, se introduce el tema del temor como algo conocido con anterioridad, y se invita a la paciente a explorar el problema valiéndose de nuestra ayuda..



*multiplicar mentalmente ocho series de ejercicios de piernas por cada pierna, por 40 calorías, por siete días, y dividir eso por 3.500 calorías, sabiendo que el resultado de la operación es medio kilo” (pág. 121).*

Si tenemos en cuenta que, en el CCRT, en las Reacciones de los otros, la Reacción número 12: *Son distantes; No corresponden, no están disponibles*, forma parte de la Reacción de los otros número 5 del cluster: *Se oponen y están en contra* (ver Anexos A y B), tendremos en cuenta que el terapeuta demasiado silencioso tenderá, según el resultado de esta investigación, a ser incluido en la serie paterna, y, por ende, a ser considerado como alguien que se opone y está en contra de la paciente. No se trata de hablar constantemente desde una posición oracular —pretendiendo que en lo que se formula se expresa la verdad de lo que ocurre, como señala Lanza Castelli (2004) que era el enfoque kleiniano-argentino de las décadas del 60 y el 70—, sino de tener en cuenta que lo que para nosotros puede ser un sano respeto por lo que la paciente dice (o por su silencio), será probablemente entendido por ella como una señal de distancia y desprecio. Gill (como se cita en Wachtel, 1993) afirma que el analista puede ser víctima de la ilusión de creer que si permanece callado, el impacto de lo que él hace se reducirá al mínimo. Desde allí, es propenso *“a una retirada silenciosa que no está muy lejos de la caricatura del analista como alguien que rechaza tener cualquier relación personal con el paciente”* (pág. 78, resaltado agregado).

Otra cuestión a tener en cuenta es la de la actitud del terapeuta ante las preguntas del paciente. La actitud estereotipada de no responder a las preguntas para ajustarse a la regla de abstinencia pretende que:

1. La respuesta representa una indebida gratificación pulsional del terapeuta al paciente.
2. Responder ante preguntas personales con las que el paciente intenta averiguar algo de la vida del analista —v. gr., sus gustos, sus creencias o el lugar que elige para ir de vacaciones— perjudican el libre desarrollo de la transferencia (porque ventilan fenómenos que deberían ser una incógnita o porque ponen en evidencia la contratransferencia).

Sin embargo, como sostienen Thomä y Kächele (1985) *"muy pocos pacientes tienen un yo suficientemente intacto como para no experimentar el rechazo implicado en la no contestación estereotipada de las preguntas sin un agravio considerable, con todas las consecuencias que esto supone para los procesos de defensa inconcientes"* (pág. 287).

Ambos autores destacan con perspicacia que, en el informe sobre la fase inicial del tratamiento del Hombre de las ratas, Freud (1909d) comenta que contestó directamente a su paciente varias preguntas referidas al tratamiento psicoanalítico y a su pronóstico. En *La introducción en el entendimiento de la cura* Freud (1909d) relata: *"Yo no le pongo en entredicho la gravedad de su caso ni la significación de sus construcciones, pero le digo que su edad es muy favorable, y es favorable también lo intacto de su personalidad; con esto le doy un juicio aprobatorio sobre él, cosa que le produce visible contento"* (pág. 141, resaltado agregado).

La regla de conducta que consiste en contestar con otra pregunta siempre que un paciente hace una pregunta o pide alguna información –pidiendo que diga cómo ha llegado a pensar en esa pregunta– fue establecida por Ferenczi (1919d). Thomä y Kächele (1985) piensan que esa regla estricta posiblemente contribuyó a que algunos de los pacientes que Ferenczi trató en aquella época sufrieran profundas regresiones iatrogénicas.

Dejando de lado el peligroso fenómeno de la regresión, cabe destacar otro problema, relacionado directamente con los resultados de esta investigación, que se presenta cuando se sigue estrictamente la regla de no contestar las preguntas de los pacientes. Como señala Greenson (1967), mantenerse en silencio ante una pregunta del paciente o contestarle con otra pregunta sin explicarle el valor que tiene el hecho de indagar cuáles son sus fantasías al respecto, puede ser sentido por éste como degradante y humillante. Los silencios subsiguientes del paciente tienden a ser, entonces, una venganza ante el supuesto desdén del terapeuta.

La advertencia de Greenson (1967) resulta especialmente pertinente en el caso de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa, ya que desean ante todo *ser amadas y entendidas*, son propensas a ver al terapeuta como alguien que se *opone y está en contra de sus deseos* y reaccionan sintiéndose *decepcionadas y deprimidas*.

A pesar de ello, la actitud contrapuesta, es decir, contestar siempre las preguntas del paciente sin tener claro qué está preguntando es también técnicamente incorrecta.

Wachtel (1993) aconseja no responder ninguna pregunta sin hacer lo posible por entender previamente su significado.<sup>39</sup> Afirma que es erróneo creer que el único modo en que el terapeuta puede descubrir el significado de una pregunta es negándose a responderla. En lo que hace a la elección de la actitud terapéuticamente apropiada, Wachtel (1993) dice: *"El modo de responder a las preguntas del paciente depende en gran medida de la función que estimamos cumplen esas preguntas. Con un paciente que tiende a exteriorizar, o un paciente cuyo estilo consiste en desviar su experiencia y colocarla en otros, se debe tener presente este posible desplazamiento del foco de atención hacia la terapeuta. Pero también hay otros pacientes —por ejemplo, los tímidos que temen ser entrometidos o hacer peticiones o expresar sentimientos— para los que hacer preguntas personales es una señal importante de progreso. Cuando dichos pacientes preguntan cosas tales como «¿estás casado?» o «¿dónde vas a ir de vacaciones» o incluso (y en especial) «¿estás prestando atención a lo que acabo de decir?», en esos casos las preguntas pueden ser un intento de intimidad que es importante alimentar"* (págs. 238-239, resaltado agregado).

En el tratamiento de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa resulta esencial no generar dentro del vínculo terapéutico experiencias frustrantes

---

<sup>39</sup> Tarachow (1963) relata algunos detalles de un fracaso clínico derivado de contestar una pregunta sin atender al significado que le atribuía el paciente. Este hombre solicitó tratamiento porque tenía miedo de tocar el saxofón. Tarachow piensa que el hecho de que él le dijese: *"Pero, por supuesto que lo ayudaré a tocar el saxofón"* (pág. 193), fue uno de los motivos principales por los que el paciente nunca volvió a su consultorio. Considera que el joven padecía un síntoma fóbico, y que, por ende, la respuesta, lejos de tranquilizarlo, le había despertado aún mayor ansiedad. La promesa incluida en la respuesta fue entendida como una amenaza de verse obligado a tocar el saxofón en el caso de emprender un tratamiento.



similares a las que vivieron con el padre. Es posible que, si no se responde sistemáticamente a sus preguntas, tiendan a sentir que el terapeuta, al igual que el padre, *la rechaza, no la aprecia y es distante* (reacciones que corresponden a los puntos 4: *Me rechazan*, 10: *No me aprecian* y 12: *Son distantes*, de la lista de 30 puntos de *Reacciones de los otros* del CCRT). Estas tres reacciones forman parte del punto 5 del cluster del CCRT: los otros *Se oponen y están en contra*.

Existe otro factor, ligado al silencio, digno de ser atendido en el tratamiento de una adolescente que padece anorexia nerviosa: el manejo de su inclinación a quedarse callada. Si bien es cierto que los silencios prolongados pueden ser tanto el efecto del encapsulamiento patognomónico de la anorexia nerviosa como de los errores técnicos del terapeuta, el modo en que se reacciona ante ellos resulta generalmente decisivo para el curso de la terapia. Señalamientos equivalentes a: *"Parece que tienes problemas para hablar"*, suelen ser entendidos como críticos y tienden a desanimar a la paciente (Wachtel, 1993, pág. 125). Wachtel (1993) sugiere, en cambio, decir (eligiendo el momento de mayor expresividad): *"Algunas veces hablas con más facilidad que en otras"* (pág. 125). Esa forma de expresarlo denota que no se trata de un fenómeno aislado e invita a reflexionar sobre él, destacando también que hay ocasiones en que la paciente habla con más soltura. De ese modo se evita que ésta concluya que pensamos simplemente que *ella es así* (un ser plagado de defectos).

Ahora bien, del resultado de la investigación se puede inferir que la mejor estrategia consistiría en detectar qué llevó a la paciente a refugiarse en el silencio y, a continuación, transmitírselo de un modo que no disminuya su autoestima y que haga evidente el interés por escucharla. Aunque es cierto que para ello se requiere conocer con profundidad el funcionamiento psíquico de estas jóvenes y contar con una considerable captación empática del sentir de los otros (Losinno, 1985), el hecho de tener en cuenta que uno de los factores que llevan a las adolescentes que padecen anorexia nerviosa a sentirse *decepcionadas y deprimidas* es el de considerarse *rechazadas, no apreciadas y poco valoradas*, puede servir como guía.

## 14.4 Rescatar los cambios positivos

Los resultados de la investigación indican que las jóvenes que padecen anorexia nerviosa tienden a sentirse *mal y tristes* —reacciones que corresponden al punto 22 de las *Reacciones del sujeto* del listado de 30 ítems del CCRT, que queda incluido en el punto 7 del cluster: *Decepcionado y deprimido*— ante los comentarios que puedan interpretar como críticas o falta de comprensión por parte del padre o de cualquier otro sujeto al que transfieren la imagen paterna. A consecuencia de ello, las palabras y el tono con que las profiere el terapeuta pueden hacerlas sentir fácilmente incómodas.

Como sugiere Wachtel (1993), en muchos casos, y entre ellos parecen encontrarse las jóvenes que padecen anorexia nerviosa, los temores que subyacen a la neurosis resultan *“tan potentes, y los autoengaños y racionalizaciones que tan fácilmente alimentan desvirtúan tanto la realidad que si el terapeuta no actuara en ciertos aspectos como un agente que ofrece un punto de vista alternativo, si no desafiara, habitualmente de un modo amable pero necesariamente persistente, las presunciones familiares, aunque no siempre confortables del paciente, el cambio sería en el mejor de los casos lento y precario y puede que hasta se desanimara del todo”* (pág. 150, resaltado agregado). Las interpretaciones referidas a esas presunciones y a los sentimientos o las fantasías rechazadas por la paciente anoréxica deberían hacerse, siguiendo la sugerencia de Wachtel (1993), de manera que no incrementen la sensación de dolor, el enojo, la autocrítica y la vergüenza. Sólo de ese modo se la alentará a aceptar los contenidos psíquicos a los que no se les permitía pleno acceso a la conciencia.

Con base en los resultados de esta investigación se desarrolló con éxito en el tratamiento de las jóvenes que padecen anorexia nerviosa una estrategia terapéutica basada destacar con asiduidad los logros que se detectan. Esta estrategia se asemeja a lo que Wachtel (1993) llama *“atender al movimiento positivo”*.

Un ejemplo muy simple ilustrará el método propuesto. Si durante varios meses una paciente estuvo recurriendo a mecanismos muy activos para oponerse al registro conciente de determinado desarrollo de afecto, por ejemplo odio, y si se detecta que ese enojo está dirigido hacia un objeto que también es amado (v. gr., un sobrino pequeño), cuando la paciente comienza a admitir una fracción mínima de ese sentimiento, consideramos más apropiado que el terapeuta ponga el acento en el logro que significa ese registro, o en la valentía que se requiere para reconocer la existencia de sentimientos contrapuestos hacia su sobrino, que señalar las evasivas que todavía se detectan al encarar el tema. Creemos que durante un tiempo, y hasta que la paciente pueda contar con un yo suficientemente fuerte como para tolerarlo, parece indicado resaltar lo logros, por ínfimos que estos sean, y dejar de lado —aunque tomando debida nota de ellos— los mecanismos inadecuados aún operantes.

En la misma línea se encuentra la modalidad de destacar el carácter *residual* de ciertos fenómenos patológicos que se observan en la terapia. Si, como lo hacía continuamente al principio del tratamiento, una paciente vuelve a criticarse duramente por una supuesta falla, se puede señalar eficazmente el patrón sin reforzar la postura crítica diciéndole, por ejemplo, que *"todavía, se ve que por momentos está actuando algo de la antigua tendencia a la autocrítica, que esto es algo que debía esperarse, y que nunca es fácil cambiar esas tendencias de un día para el otro"*. Al hacerlo así, se torna más difícil que la paciente tienda a sentir que se le está cuestionando duramente su propensión a criticarse. Además, se logra:

1. Destacar que hay un cambio (sin dejar de lado que aún se acoplan un superyó muy sádico y un yo masoquista).
2. Ayudar a la paciente a aceptar que es comprensible que la autocrítica excesiva no haya desaparecido del todo.
3. Mostrar que se trata de un proceso a profundizar.
4. Alentar el cambio señalando que la autocrítica feroz puede ser temporal.



En los casos en que se quiere mostrar a la paciente alguna conducta que denota una resistencia muy fuerte (o un aspecto especialmente regresivo de su funcionamiento) sin encasillarla dentro de una imagen estática (y sin esperanzas de cambio), se le puede decir, siguiendo las propuestas de Wachtel (1993), algo equivalente a: *"Estás empezando a ver las cosas desde ópticas nuevas, pero como las tendencias antiguas todavía tienen mucha fuerza, es necesario que estemos alertas por si, como parece estar sucediendo ahora, aparecen"*. Esta comunicación expresa movimiento y alienta a la paciente a dejar de identificarse con las *tendencias antiguas*, animándola a reevaluarlas y modificarlas.

Es cierto que con este tipo de intervenciones quedan afuera de los márgenes que tradicionalmente se estipulan para delimitar lo que se considera un instrumento psicoanalítico. No se trata, por ejemplo, de un señalamiento. Según Etchegoyen (1986), el señalamiento es una herramienta que, como la pregunta, sirve para recabar información. Lo característico del señalamiento es que permite circunscribir un área para ser investigada con posterioridad.<sup>40</sup> Tiene la función de hacer que el paciente dirija sus investiduras de atención hacia algo que ha dicho o hecho a fin de que él y el analista puedan comprender su significado. Si nos atenemos a este modo de definir el concepto de señalamiento, atender a un cambio positivo —tal como lo propone Wachtel (1993)— nunca puede ser confundido con señalar. Al destacar un cambio positivo, el terapeuta, lejos de buscar información complementaria sobre aspectos desconocidos del aparato psíquico del paciente, sabe qué está pasando y quiere subrayarlo. Etchegoyen (1986) considera que, si el analista cree conocer qué le sucede al paciente, *"el señalamiento es superfluo y debe interpretarse"* (pág. 281).

Obviamente —salvo que se extienda el concepto de una forma que lo haga termine perdiendo su especificidad— tampoco se trata de una interpretación. Para Etchegoyen (1986) la interpretación psicoanalítica es una proposición, una hipótesis a contrastar, que se refiere a algo que pertenece al paciente (excluye a

---

<sup>40</sup> Etchegoyen (1986) sostiene que, en este sentido, el término "señalamiento" es sinónimo del término "observación".

sus objetos externos) y que, al establecer una nueva conexión de significado, le permite cambiar de punto de vista. Etchegoyen (1986) dice que una de las diferencias que se pueden estipular entre interpretación psicoanalítica y sugestión radica en que la intención de la interpretación no es la de modificar la conducta del paciente, pues sólo pretende operar como información acerca de algo ligado a su funcionamiento psíquico que el paciente no conoce.

Como nuestra propuesta no puede encuadrarse –en rigor– ni dentro del ámbito del señalamiento ni del de la interpretación, cabe preguntarse hasta qué punto pertenece al campo exclusivo de la sugestión y hasta dónde puede resultar válida en el tratamiento de quienes padecen anorexia nerviosa. La revisión de algunos textos en los que Freud alude a los problemas técnicos que se suscitan ante pacientes refractarios al tratamiento psicoanalítico, permite encontrar una respuesta, aunque sólo sea tentativa, a estos interrogantes.

En varias oportunidades, Freud ha señalado que el psicoanálisis no es aplicable en aquellas situaciones en que se hace imprescindible la urgente eliminación de ciertos fenómenos peligrosos. Tanto en *El método psicoanalítico de Freud* (Freud, 1904a [1903]), como en *Sobre psicoterapia* (Freud, 1905a [1904]), toma a la anorexia como el paradigma de las patologías que impiden desentenderse de un síntoma por mucho tiempo.

Pero en *Sobre psicoterapia* agrega que, si bien las psicosis son también inadecuadas para emprender una cura psicoanalítica, no debe descartarse la posibilidad de encontrar en el futuro “una modificación apropiada del procedimiento” que “permita superar esa contraindicación” (pág. 253). Al abordar el mismo tema en el *Esquema del psicoanálisis*, Freud (1940a [1938]) aclara que el psicoanálisis es inaplicable en la psicosis porque el psicótico carece de un yo capaz de atender a la realidad efectiva. A ese yo, añade, le resulta imposible operar como un aliado en la tarea. Freud explica que el núcleo del problema radica en que el paciente –dominado por su rechazo a la realidad– tiende a arrojar rápidamente a la persona del terapeuta y al auxilio que éste le ofrece “a los sectores del mundo exterior que ya no significan nada para él” (pág. 174). Igual que en *Sobre psicoterapia*, en el *Esquema del psicoanálisis* Freud deja abierta la

posibilidad de encontrar *“otro plan más idóneo”* (pág. 174) que permita el tratamiento de los psicóticos.

En lo que hace al empleo de la sugestión, en *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica* Freud (1919a [1918]) sostiene es posible que, en ciertas circunstancias, nos veamos en la situación de tener que *“alejar el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa”*. En dichas circunstancias, dice, tal vez incluso una sugestión tan ostensible como la que produce *“el influjo hipnótico”* pueda volver a hallar cabida en el psicoanálisis, *“como ha ocurrido en el tratamiento de los neuróticos de guerra”* (pág. 163).

En función de más de veinte años de práctica clínica con adolescentes que padecen anorexia nerviosa y de los resultados de esta investigación, creemos que, tanto el hecho de destacar los cambios positivos como el de mostrar el carácter de residual de ciertos fenómenos patológicos en los primeros momentos de la psicoterapia, pueden entenderse como parte de un *plan más idóneo* que permite tratarlas con éxito desde una perspectiva psicoanalítica.

#### **14.5 La interpretación de la transformación de la pasividad en actividad**

Al tratar las manifestaciones clínicas vimos que quienes padecen anorexia nerviosa acostumbran a ocuparse de que otros coman mientras ellos se niegan a comer. Una de las dificultades que se presenta en el tratamiento de quienes padecen anorexia nerviosa radica en el modo en que se interpretan fenómenos como éste. Decirle a una paciente tan frágil que está haciendo activamente a otros lo que sufrió pasivamente en el pasado (transformación de la pasividad en actividad) puede ser correcto desde la óptica de quien observa ese sector de su funcionamiento psíquico, pero en la práctica suele generar resistencias muy difíciles de superar. En muchos casos, sin que se advierta que fue la intervención del profesional la que las activó, dichas resistencias suelen ser entendidas como un fenómeno puramente interno.



Cuando la paciente nos lleve a pensar que está haciendo a otros –incluido el terapeuta– lo que sufrió pasivamente, se le puede decir, por ejemplo: *“Creo que estás tratando de mostrarme lo más claramente posible la forma en que te sentiste tratada por ... (nombrando aquí a la persona que suponemos pudo tratarla así en el pasado)”*.

Como aconseja Wachtel (1993), este tipo de interpretaciones sólo debe emplearse cuando el psicoanalista, basándose en relatos narrados previamente en la terapia, cree sinceramente que el paciente se sintió (o fue) tratado de esa forma. Para que la interpretación no genere culpa o vergüenza se requiere, además, que las palabras del clínico estén libres de todo sarcasmo. Si se hace correctamente, interpretar en los términos señalados no sólo no genera culpa o vergüenza, sino que, al rescatar que el paciente está mostrando algo importante para su tratamiento, lo alienta a seguir trabajando en el proceso terapéutico.

## **Capítulo 15**

### **Recomendaciones**

En función de las distintas observaciones que se han realizado a lo largo de esta investigación y de los resultados de la misma, se recomienda ampliar el número de casos a fin de observar si se siguen dando los mismos resultados. Se sugiere, además, investigar:

1. Si se presenta la misma representación subjetiva del padre en las mujeres que padecen anorexia nerviosa a una edad más avanzada.
2. Si existe una representación subjetiva de la madre común a todas las adolescentes que padecen anorexia nerviosa.
3. Cómo es la imagen subjetiva de la pareja parental.
4. Si los patrones de relación establecidos con el padre por las adolescentes del grupo patológico se repiten sistemáticamente con otras figuras masculinas o femeninas y en qué circunstancias.
5. Qué sucede en el caso de los varones que padecen anorexia nerviosa.
6. Si en las adolescentes que padecen bulimia se presenta una representación subjetiva del padre similar a la que se encontró en las que padecen anorexia nerviosa.
7. Si en las adolescentes que padecen bulimia se presenta una representación subjetiva de la madre similar a la que opera en las que padecen anorexia nerviosa.
8. Si los patrones de relación establecidos con ambas figuras por las adolescentes que padecen bulimia repiten sistemáticamente con otras figuras masculinas o femeninas y en qué circunstancias.
9. Qué sucede en el caso de los varones que padecen bulimia.

## Referencias Bibliográficas

- ABRAHAM, K. (1908)  
Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz.  
En: *Psicoanálisis Clínico*. Ediciones Hormé (2ª ed.). Buenos Aires. 1980
- ABRAHAM, K. (1916)  
La primera etapa pregenital de la libido. En: *Psicoanálisis Clínico*.  
Ediciones Hormé (2ª ed.). Buenos Aires. 1980
- AJURIAGUERRA, J. (1971)  
*Manual de psiquiatría infantil*. Toray-Masson (1ª ed.). Barcelona. 1976
- ALIZADE, A. (1995)  
*Clínica con la muerte*. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1996
- ALUBA (Asociación de lucha contra bulimia y anorexia) (s/f)  
Anorexia nerviosa y bulimia - Dos desórdenes alimentarios graves  
[Folleto]. Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo.
- ÁLVAREZ LÓPEZ, J. (1965)  
*El enigma de las pirámides*. Kier (4ª ed.). Buenos Aires. 1975
- ANDERSEN, A. (1990)  
"A Proposed Mechanism Underlying Eating Disorders and Other  
Disorders of Motivated Behavior". En: *Males With Eating Disorders*.  
Arnold E. Andersen, M. D. Brunner/Mazel (1ª ed.). New York. 1990
- ANONYMOUS (1864)  
"Medical News: Bulimia". British Medical Journal, 2, 565.
- ASSOUN, P. L. (1981)  
*Introducción a la epistemología freudiana*. Siglo veintiuno editores (1ª  
ed.). México. 1982
- BARAVALLE, G., JORGE, C. H. y VACCAREZZA, L. E. (1993)  
*Anorexia - Teoría y clínica psicoanalítica*. Paidós (1ª ed.). Barcelona.  
1993
- BASTIDE, R. (1972)  
*El sueño, el trance y la locura*. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos  
Aires. 2001
- BATTEGAY, R. (1982)  
*El hambre como fenómeno patológico*. Herder (1ª ed.). Barcelona. 1986
- BÉKEI, M. (1984)  
*Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia*. Ediciones  
Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1984
- BEKER, E., BENEDETTI, C. y GOLDVARG, N. COMPS. (1996)  
*Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria*. Atuel  
(1ª ed.). Buenos Aires. 1996
- BERTERA, H. (1998)  
"Uso racional de los psicofármacos en Anorexia y Bulimia Nerviosa".  
Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen IX, Nº 32, Buenos  
Aires, junio-julio-agosto, págs. 137-147



- BETTELHEIM, B. (1955)  
*Fugitivos de la vida*. Fondo de Cultura Económica (3ª ed.). México. 1976
- BLEGER, J. (1967)  
*Simbiosis y ambigüedad*. Paidós (1ª ed.). Buenos Aires. 1972.
- BERCHERIE, P. (1980)  
*Los fundamentos de la clínica - Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Ediciones Manantial (1ª ed.). Buenos Aires. 1986
- BERMAN, S. (1955)  
Psicoterapia de los adolescentes en el nivel del consultorio externo. En Balsem, B. (Ed.) *Psicoterapia del adolescente* (págs. 79-102). Ediciones Hormé (1ª ed.). Buenos Aires. 1960
- BHADRINATH, B. R. (1990)  
"Anorexia Nervosa in Adolescents of Asian Extraction". *British Journal of Psychiatry*, 1156, 565-568
- BINSWANGER, L. (1944)  
El caso de Ellen West. Estudio antropológico-clínico. En May, R., Angel, E. y Ellenberger, H. (Eds.) *Existencia. Nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (págs. 288-434). Editorial Gredos (1ª ed.). Madrid. 1977.
- BLEICHMAR, E. D. (2004)  
Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el Enfoque Modular-Transformacional. *Revista de Psicoanálisis*. Abril 2000 - N° 4. Disponible en: <http://www.aperturas.org/4dio1.html>
- BLEICHMAR, H. (1997)  
*Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós (1ª ed.). Barcelona. 1999
- BLEICHMAR, H. (2001)  
"El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamiento inconscientes". *Revista de Psicoanálisis*. Noviembre 2001 - No. 9
- BORGES, J. L. (1941)  
*Las ruinas circulares*. Obras completas. Emecé (5ª ed.). Barcelona. 1996
- BOTTINO, S., JUNQUEIRA, C., BAIRRAO, J., HANNS, L., ROSA, M. y GUERRA DE ANDRADE, L. (2003)  
"Transtornos da compulsão alimentar periódica e psicoterapia: é possível sistematizar a formulação psicodinâmica de caso?". *Rev. Bras. Psiquiat.* Vol. 25, N° 3, São Paulo, sep. 2003
- BRAZELTON, T. B. y CRAMER, B. (1990)  
*La relación más temprana*. Paidós (1ª ed.). Barcelona. 1993
- BRUSSET, B (1977)  
*La Anorexia*. Editorial Planeta (1ª ed.). Barcelona. 1985
- BRUSSET, B (1984)  
"Anorexia mental y toxicomanía". *Psicoanálisis*. APdeBA, Vol. XVIII, N° 2, 1996, 189-221

- BRUSSET, B (1990)  
 "Las vicisitudes de una deambulaci3n adictiva". Psicoanálisis. ApdeBA, Vol. XVIII, N° 3, 1996, 439-460
- CABASÉS, J. (2004)  
 Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. Disponible en: [http://ww1.msc.es/insalud/jovenes/aspectos\\_historicos.htm](http://ww1.msc.es/insalud/jovenes/aspectos_historicos.htm)
- CALAM, R., WALLER, G., SLADE, P. & NEWTON, T. (1990)  
 "Eating disorders and perceived relationships with parents". International Journal of Eating Disorders. Sep; Vol. 9 (5): 479-485
- CALDERÓN, E., TAPIA, G. e ISMAEL, C. (1994)  
 "Síndrome de la arteria mesentérica superior - Un diagnóstico infrecuente en el cual se debe pensar". Acta Pediatr. Mex. 1994; 15 (1): 37-40.
- CANCINA, P. (1992)  
*El dolor de existir... y la Melancollia*. Homo Sapiens (1ª ed.). Rosario. 1992
- CAPARRÓS, N. y SANFELIÚ, I. (1997)  
*La anorexia - Una locura del cuerpo*. Biblioteca Nueva (1ª ed.). Madrid. 1997
- CASTRO, J., TORO, J. & CRUZ, M. (2000)  
 "Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa". Psychological Medicine. Jan; Vol. 30 (1): 61-67
- CAVOTO, K. (1999)  
 "The emotional environment of eating-disordered families: A comparison of anorexics and bulimics to normal and depressed controls". Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Oct; Vol. 60 (4-B): 1845
- CERVERA, M. (2005)  
 Riesgo y prevenci3n de la anorexia y la bulimia. Ediciones Pirámide (1ª ed.). Madrid. 2005
- COOPER, M., TODD, G. & WELLS, A. (1998)  
 "Contenidos, orígenes y consecuencias de las creencias disfuncionales en anorexia nerviosa y bulimia". Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly. Vol. 12. Ficha de la Cátedra: Seminario III. Carrera de Psicología. Universidad de Mor3n. Traducci3n de la Lic. Viviana Pizarro.
- CORMAN, L. (1973)  
*El Test P. N. Manual Segundo - El complejo d Edipo*. Herder (2ª ed.). Barcelona. 1985
- CORSARO, B. (1997)  
 Anorexia y bulimia en la adolescencia. Una vía regia para indagar el trastorno borderline de la personalidad. Trabajo presentado en: niñez y adolescencia hoy. IX Congreso Metropolitano de Psicología.

Organizado por la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires. 13-16 de noviembre de 1997

- CRISPO, R., FIGUEROA, E. y GUELAR, D. (1994)  
*Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio*. Editorial Herder (1ª ed.). Barcelona. 1994
- CRISPO, R., FIGUEROA, E. y GUELAR, D. (1996)  
*Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber*. Gedisa (1ª ed.). Barcelona. 1996
- CHINCHILLA MORENO, A. (1995)  
*Guía teórico práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y Bulimia*. Masson (1ª ed.). Barcelona. 1995
- CHOMSKY, N. (1996)  
*Lingüística cartesiana*. Editorial Gredos (1ª ed.). Madrid. 1978
- CHOMSKY, N. (1972)  
*El lenguaje y el entendimiento*. Editorial Planeta-De Agostini (1ª ed.). Barcelona. 1985
- CHOMSKY, N. (1974)  
*Reflexiones sobre el lenguaje*. Editorial Planeta-De Agostini (1ª ed.). Barcelona. 1985
- CHOMSKY, N. y PIAGET, J. (1979)  
*Teorías del lenguaje, teorías del aprendizaje. El debate entre Jean Piaget y Noam Chomsky*. Grijalbo (1ª ed.). Barcelona. 1983
- DARWIN, CH. (1872)  
*La expresión de la emociones en los animales y en el hombre*. Alianza Editorial (1ª ed.). 1984
- DE DIOS DE VEGA, J. L. (2003)  
Factores de vulnerabilidad en los TAC. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 24-CI-C: [31 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_c.htm)
- DE DIOS DE VEGA, J. L., y DE DIOS PÉREZ, M. J. (2004)  
"Tratamiento con antagonistas opioides en bulimia nerviosa". *Psicología. COM* [Online], 3 (2), 20 párrafos. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art\\_2.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_2.htm)
- DU BOIS, F. (1949)  
"Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa)". *American Journal of Psychiatry*, 106, 107-115
- DUKER, M. y SLADE, R. (1988)  
*Anorexia y Bulimia - Un tratamiento integrado*. Limusa (1ª ed.). Méjico. 1992
- ENGEL, K. & HÖHNE, D. (1989)  
"An Interaction Model of Anorexia nervosa". *Psychother Psychosom* 1989, 51, 57-61



- ENGEL, K. & STIENEN, M. (1988)  
 "Father Types of Anorexia nervosa Patients: The 'Bonding', the 'Brutal', the 'Weak' and the 'Absent' Father". *Psychotherapy Psychosomatics*, 49, 145-152
- ERIKSON, E. M. (1950)  
*Infancia y sociedad*. Ediciones Hormé (7ª ed.). Buenos Aires. 1978
- ERIKSON, E. M. (1968)  
*Identidad, juventud y crisis*. Paidós (1ª ed.). Buenos Aires. 1971
- ERIKSON, E. M. (1970)  
 Reflexiones sobre el disentimiento de la juventud contemporánea. En: *Sociedad y adolescencia*. Siglo XXI (1ª ed.). México. 1972
- ESPARTACO, ETKIN, WAJSMAN Y ZENTNER (1977)  
*Lo económico en Freud*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1977
- ETCHEGOYEN, R. H. (1976)  
 "El 'impasse' psicoanalítico y las estrategias del yo". *Revista de Psicoanálisis*. Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo XXXIII, Nº 4, octubre-diciembre, 613-636
- ETCHEGOYEN, R. H. (1986)  
*Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1997
- EY, H., BERNARD, P. y BRISSET, CH. (1965)  
*Tratado de psiquiatría*. Masson (8ª ed.). Barcelona. 1992
- FAIRBAIRN, R. (1954)  
 Observaciones sobre la naturaleza de los estados histéricos. En Sauri J. (Comp.) *Las histerias*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1986
- FARRERAS y ROZMAN (1988)  
*Medicina interna*. Ediciones Doyma (1ª ed.). Barcelona. 1988
- FÉDIDA, P. (1992)  
*Crisis y contra-trasferencia*. Amorrortu Editores (1ª ed.). Bs. As. 1995.
- FÉLIX LÓPEZ, G., NACHÓN GARCÍA, M. y HERNÁNDEZ PARRA, T. (2004)  
 "Anorexia nerviosa: una revisión". Disponible en: [http://www.uv.mx/psicysalud/numero\\_12/Gfelix.html](http://www.uv.mx/psicysalud/numero_12/Gfelix.html)
- FENDRIK, S. (1997)  
*Santa anorexia - Viaje al país de Nuncacomer*. Ediciones Corregidor (1ª ed.). Buenos Aires. 1997
- FENICHEL, O. (1941)  
*Problemas de Técnica Psicoanalítica*. Ediciones control (1ª ed.). Buenos Aires. 1973
- FENICHEL, O. (1945)  
*Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Editorial Paidós (1ª ed.). Buenos Aires. 1979
- FERENCZI, S. (1919)  
 Desagrado por el desayuno. Obras completas. Tomo II. Espasa-Calpe (1ª ed.). Madrid. 1981

- FERENCZI, S. (1919b)  
Sobre la técnica del psicoanálisis. En: *Teoría y técnica del psicoanálisis*. Editorial Paidós (1ª ed.). Buenos Aires. 1967
- FERRATER MORA, J. (1941)  
*Diccionario de filosofía*. Editorial sudamericana (5ª ed.). Buenos Aires. 1971
- FITZGERALD, J. & LANE, R. (2000)  
"The role of the father in anorexia". *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Spr; Vol. 30 (1): 71-84
- FREUD, S. (1981)  
*La afasia*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1973
- FREUD, S. (1894a)  
Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). *Obras completas*. Vol. 3. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1992
- FREUD, S. (1895d)  
Estudios sobre la histeria. *Obras completas*. Vol. 2. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1997
- FREUD, S. (1900a [1899])  
La interpretación de los sueños. *Obras completas*. Vol. 4 y 5. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1998
- FREUD, S. (1904a [1903])  
El método psicoanalítico de Freud. *Obras completas*. Vol. 7. Amorrortu editores. (1ª ed.). Buenos Aires. 1983
- FREUD, S. (1905a [1904])  
Sobre psicoterapia. *Obras completas*. Vol. 7. Amorrortu editores. (1ª ed.). Buenos Aires. 1983
- FREUD, S. (1905d)  
Tres ensayos de teoría sexual. *Obras completas*. Vol. 7. Amorrortu editores. (1ª ed.). Buenos Aires. 1983
- FREUD, S. (1905e [1901])  
Fragmento de análisis de un caso de histeria. *Obras completas*. Vol. 7. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1983
- FREUD, S. (1907a)  
El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen. *Obras completas*. Vol. 9. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1979
- FREUD, S. (1908b)  
Carácter y erotismo anal. *Obras completas*. Vol. 9. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires, 1979
- FREUD, S. (1909b)  
Análisis de la fobia de un niño de cinco años. *Obras completas*. Vol. 10. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1988
- FREUD, S. (1909d)  
A propósito de un caso de neurosis obsesiva. *Obras completas*. Vol. 10. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1988

- FREUD, S. (1910c)  
Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. Obras completas. Vol. 11. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1976
- FREUD, S. (1910d)  
Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica. Obras completas. Vol. 11. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1976
- FREUD, S. (1910h)  
Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (Contribuciones a la psicología del amor, I). Obras completas. Vol. 11. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1976
- FREUD, S. (1911c)  
Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. Obras completas. Vol. 12. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1912b)  
Sobre la dinámica de la transferencia. Obras completas. Vol. 12. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1912-13)  
Tótem y tabú. Obras completas. Vol. 13. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1976
- FREUD, S. (1913c)  
Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). Obras completas. Vol. 12. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1913f)  
El motivo de la elección del cofre. Obras completas. Vol. 12. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1913i)  
La predisposición a la neurosis obsesiva. Obras completas. Vol. 12. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1914c)  
Introducción del narcisismo. Obras completas. Vol. 14. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1914d)  
Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Obras completas. Vol. 14. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1914g)  
Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) Obras completas. Vol. 12. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1915)  
*Sinopsis de las neurosis de transferencia - Ensayo de metapsicología - Edición facsímil, transcripción y traducción al castellano de un manuscrito inédito de 1915.* Editorial Ariel (1ª ed.). Barcelona. 1989



- FREUD, S. (1915a [1914])**  
Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. Obras completas. Vol. 12. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1915b)**  
De guerra y muerte. Temas de actualidad. Obras completas. Vol. 14. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1915c)**  
Pulsiones y destinos de pulsión. Obras completas. Vol. 14. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1915d)**  
La represión. Obras completas. Vol. 14. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1915e)**  
Lo inconciente. Obras completas. Vol. 14. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1915f)**  
Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. Obras completas. Vol. 14. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1916-17 [1915-17])**  
Conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras completas. Vol. 15-16. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1994
- FREUD, S. (1918b [1914])**  
De la historia de una neurosis infantil. Obras completas. Vol. 17. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1919a [1918])**  
Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Obras completas. Vol. 17. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1920g)**  
Más allá del principio del placer. Obras completas. Vol. 18. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1921c)**  
Psicología de las masas y análisis del Yo. Obras completas. Vol. 18. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1922b [1921])**  
Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. Obras completas. Vol. 18. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1923a [1922])**  
Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". Obras completas. Vol. 18. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1923b)**  
El yo y el ello. Obras completas. Vol. 19. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993

- FREUD, S. (1923d)**  
Una neurosis demoníaca en el siglo XVII. Obras completas. Vol. 19. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1924c)**  
El problema económico del masoquismo. Obras completas. Vol. 19. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1924d)**  
El sepultamiento del complejo de Edipo. Obras completas. Vol. 19. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1924e)**  
La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. Obras completas. Vol. 19. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1925d [1924])**  
Presentación autobiográfica. Obras completas. Vol. 20 Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1925h)**  
La negación. Obras completas. Vol. 19. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1926d [1925])**  
Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Vol. 20. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires, 1993
- FREUD, S. (1926f)**  
Psicoanálisis. Obras completas. Vol. 20. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires, 1993
- FREUD, S. (1927d)**  
El humor. Obras completas. Vol. 21. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1996
- FREUD, S. (1928b [1927])**  
Dostoievski y el parricidio. Obras completas. Vol. 21. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1996
- FREUD, S. (1930a [1929])**  
El malestar en la cultura. Obras completas. Vol. 21. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1996
- FREUD, S. (1931b)**  
Sobre la sexualidad femenina. Obras completas. Vol. 21. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1996
- FREUD, S. (1933a [1932])**  
Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras completas. Vol. 22. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1937c)**  
Análisis terminable e interminable. Obras completas. Vol. 23. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1937d)**  
Construcciones en el análisis. Obras completas. Vol. 23. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993

- FREUD, S. (1939a)  
Moisés y la religión monoteísta. Obras completas. Vol. 23. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1940a [1938])  
Esquema del psicoanálisis. Obras completas. Vol. 23. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1993
- FREUD, S. (1950a [1887-1902])  
Los orígenes del psicoanálisis (Abarca las cartas a Wilhelm Fliess, manuscritos inéditos y el "Proyecto de psicología"). Obras completas. Vol. 2. Amorrortu editores (2ª ed.). Buenos Aires. 1992
- FREUD, S. y ABRAHAM, K. (1907-1926)  
Correspondencia. Gedisa (1ª ed.). Barcelona. 1979
- FREUD, S. y BULLITT, W. (1937)  
*EL presidente Thomas Wilson. Un estudio psicológico.* Ed. Letra Viva (1ª ed.). Buenos Aires. 1973
- FREUD, S y WEISS, E. (1979)  
Correspondencia. Gedisa (1ª ed.). Barcelona. 1979
- FRITZSCH, T. (1932)  
*Juan Federico Herbart.* Editorial Labor (s/f de ed.). Barcelona.
- GARCÍA VEGA, E. (2004)  
Incidencia del estrés en la enfermedad de Crohn. Disponible en: [www.zonade.com/accues/accusev/cronica/incide27.htm](http://www.zonade.com/accues/accusev/cronica/incide27.htm)
- GARCÍA, A., PÉREZ, I., SÁNCHEZ, C. y LUNA, O. (2000)  
"Síndrome de la arteria mesentérica superior - Informe de una paciente". Cir. Gen. 2000; 22 (4): 347-350
- GARMA, E. (1973)  
"El mundo interior de un niño con anorexia y vómitos". Revista de Psicoanálisis. Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo XXX, Nº 3-4, julio-diciembre, 825-853
- GARNER, D. (1984)  
EDI-2, Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. TEA Ediciones (1ª ed.). Madrid. 1998
- GLOSARIO (2005).  
Errores. Disponible en: [www.edu.aytolacoruna.es/aula/fisica/fisicaInteractiva/medidas/glosario2.htm](http://www.edu.aytolacoruna.es/aula/fisica/fisicaInteractiva/medidas/glosario2.htm)
- GOLDMAN, B. (1996a)  
Trabajo presentado en el Segundo Encuentro sobre "Anorexia y Bulimia" en el Hospital Municipal Bernardino Rivadavia.
- GOLDMAN, B. (1996b)  
*Anorexia y bulimia, padeceres del fin de siglo.* Krysber (1ª ed.). Buenos Aires. 1996
- GOTTLIEB, L. (2000)  
*Diario de una anoréxica.* Emecé (1ª ed.). Buenos Aires. 2001
- GREEN, A. (1983)  
*Narcisismo de vida, narcisismo de muerte.* Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1986



- GREEN, A. (1999)  
 "Narcisismo de vida y de muerte - De Freud a la clínica actual". Zona Erógena. N° 44, 35-39
- GREENSON, R. (1967)  
*Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo veintiuno editores (2ª ed.). México. 1978
- GRINBERG, L. (1963)  
*Culpa y depresión - Estudio psicoanalítico*. Paidós (2ª ed.). Buenos Aires. 1971
- GULL, W. W. (1874)  
 "Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)", Transactions of the Clinical Society of London, 7, pp. 22-28
- HAGELIN, A., ACOSTA GÜEMES, S., BRANZO, I., GARCÍA, C., MICHIEZI, B. y VINAGRE ARIAS, O. (2003)  
 Aplicación del CCRT a la primera entrevista. Manuscrito no publicado
- HAGELIN, A., GÜEMES, S., CUTAIN de TEBALDI, S., TEBALDI, R., HODARI, M. E. y WEISSMANN, J. C. (2003)  
 Empirical study of a six year successful psychoanalytic therapy of a patient with anorexia nervosa. Manuscrito no publicado
- HEINRICH, H (1993)  
*Borde<R>S de la neurosis*. Homo Sapiens Ediciones (1ª ed.). Rosario. Argentina. 1993
- HERSCOVICI, C. y BAY, L. (1990)  
*Anorexia nerviosa y bulimia - Amenazas a la autoestima*. Paidós (1ª ed.). Buenos Aires. 1990
- HERZOG, D., BRADBURN, I. & NEWMAN, K. (1990)  
 "Sexuality in Males with Eating Disorders". En Arnold E. Andersen, M. D. (Ed) *Males With Eating Disorders*. Brunner/Mazel (1ª ed.). New York. 1990
- HORNBACHER, M. (1998)  
*Días perdidos*. Grijalbo Mondadori (1ª ed.). Barcelona. 1999
- HSU, L. K. G. & LEE, S. (1993)  
 "Is Weight Always Necessary for a Diagnosis of Anorexia Nervosa?" American Journal of Psychiatry. 150:1466-1471
- HUMPHREY, L. (1986)  
 La dinámica familiar en la Bulimia. En Fenistein, S. y Sarosky, A. (Comps.) *Trastornos en la alimentación*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1988
- IGOIN, L. (1979)  
*La bulimia y su infortunio*. Ediciones Akal (1ª ed.). Madrid. 1986
- JANET, P. (1909)  
 El estado mental histérico. En Saurí J. (Comp.) *Las histerias*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1986
- JASPERS, K. (1913)  
*Psicopatología General*. Editorial A. Bini y Cía (1ª ed.). Buenos Aires. 1955

- JEAMMET, P. (1994)  
"Anorexia y bulimia - Una perspectiva psicoanalítica". Zona Erógena. N° 18, 7-9
- JONES, E. (1955-57)  
*Vida y obra de Sigmund Freud*. Vols. 1-3. Ediciones Hormé (3ª ed.). Buenos Aires. 1981
- JOSSELYN, I. (1955)  
Psicoterapia de los adolescentes en la práctica privada. En Balser, B. (Ed.) *Psicoterapia del adolescente* (págs. 13-35). Ediciones Hormé (1ª ed.). Buenos Aires. 1960
- KERNBERG, O. (1975)  
*Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós (1ª ed.). México. 1988
- KERNBERG, O. (1977)  
*La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Paidós (1ª ed.). México. 1988
- KERNBERG, O. (1990)  
Entrevista realizada por los Dres.: Gobbi, H., Notrica, N. y Urman, F. En: *Pacientes borderline - Confluencias y Confrontaciones*. Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Vol. XII, Año 1990, N° 2-3, 357-371
- KHANDELWAL, S. K. & SAXENA, S. (1990)  
"Anorexia Nervosa in people of Asian extraction". (letter) *British Journal of Psychiatry*. 157: 784
- KILLINGMO, B. (1989)  
"Conflict and deficit: Implications for technique". *Internat. J. Psychoanal.* 70, 65-79
- KOHUT, H. (1971)  
*Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1986
- KOHUT, H. (1978)  
"Reflexiones sobre el narcisismo y la furia narcisista". *Revista de Psicoanálisis*. Editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina. Tomo XXXVII, N° 3, mayo-junio 1980, págs. 433-466
- KREISLER, L., FAIN, M. y SOULÉ, M. (1974)  
*El niño y su cuerpo - Estudios sobre la clínica psicosomática de la infancia*. Amorrortu editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1977
- LACAN, J. (1962)  
Seminario de la angustia. Clase del 19-12-62. Traducción de la Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- LAGACHE, D. (1951a)  
Algunos aspectos de la transferencia. Obras. Tomo IV. Paidós. (1ª ed.) Buenos Aires. 1982

- LAGACHE, D. (1951b)  
*La teoría de la transferencia*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1986
- LAMARCK, J. B. (1809)  
*Filosofía zoológica*. F. Sempere y Compañía (1ª ed.). Valencia. S/f de impresión.
- LANZA CASTELLI, G. (2004)  
 "El trabajo de escritura entre sesiones en la psicoterapia psicoanalítica". Manuscrito no publicado.
- LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, J. B. (1971)  
*Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor (2ª ed.). Barcelona. 1977
- LAPLANTINE, F. (1973)  
*Introducción a la etnopsiquiatría*. Gedisa (1ª ed.). Barcelona. 1979
- LASÈGUE, CH. (1873)  
 "La anorexia histérica". Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen I, N° 2, Buenos Aires, diciembre 1990, enero - febrero 1991, 58-64
- LEE, S. (1991)  
 "Anorexia nervosa in Hong Kong: a Chinese perspective". Psychological Medicine, 21, 703-711
- LEE, S. (1993)  
 "How abnormal is the desire for slimness? A survey of eating attitudes and behaviour among Chinese undergraduates in Hong Kong". Psychological Medicine. 23, 437-451
- LEE, S., HSU, L. K. G. & WING, Y. K. (1992)  
 "Bulimia Nervosa in Hong Kong Chinese Patients. British Journal of Psychiatry". 161: 545-551
- LEIDERMAN, S. (1990)  
 "La perspectiva endocrinológica". Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen I, N° 2, Buenos Aires, diciembre 1990, enero - febrero 1991, págs. 37-39
- LÓPEZ, B. (1990)  
 "Bulimia: un modelo adictivo". Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen I, N° 2, Buenos Aires, diciembre 1990, enero - febrero 1991, págs. 42-49
- LOSINNO, H. (1985)  
 "Sobre el surgimiento de la interpretación". Actualidad Psicológica, Año X, N° 109, abril 1985, págs. 1-12
- LOSINNO, H. (1994)  
 "Anorexia nerviosa: Control del cuerpo y el contexto". Actualidad Psicológica, Año XIX, N° 216, diciembre 1994, págs. 8-9
- LOSINNO, H. (1998)  
 Anorexia Nerviosa y Bulimia - La angustia en las internaciones compulsivas. Trabajo presentado en la V Jornada Anual: Clínica de la Angustia. Colegio de Psicólogos de la Prov. de Buenos Aires. Distrito XIV



- LOSINNO, H. (1999a)  
 "Anorexia nerviosa y bulimia - De los anacoretas del desierto a los pacientes de hoy". Uno y Otros, N° 25, marzo - abril 1999, 6
- LOSINNO, H. (1999b)  
 "Anorexia nerviosa y bulimia - Ser como los muertos". Uno y Otros, Año VI, N° 26 - junio 1999, 10-11
- LOSINNO, H. (2001a)  
 "Anorexia nerviosa y bulimia - Reflexiones acerca de los modos de controlar el cuerpo y a los otros". Uno y Otros, Año VIII, N° 35 - mayo - junio 2001, 4-5
- LOSINNO, H. (2001b)  
 "Anorexia nerviosa - Una perspectiva histórica". Actualidad Psicológica, Año XXVI, N° 288, julio 2001, 7-11
- LOSINNO, H. (2002)  
 "Anorexia nerviosa y bulimia - Reflexiones acerca de los modos de controlar el cuerpo y a los otros" (Segunda parte). Uno y Otros, Año IX, N° 37 - diciembre - febrero 2002, 8-9
- LOSINNO, H. (2003)  
 "Hipnosis y psicoanálisis - Una modificación apropiada del procedimiento". Actualidad Psicológica. Año XXVIII, N° 309, junio 2003, 22-24
- LOSINNO, H. (2005)  
 Algunas consideraciones acerca de la eficacia de la hipnosis en el campo de los cuidados paliativos. Módulo del Curso sobre Cuidados Paliativos dictado por el Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires.
- LOSINNO, H. y CORTÉS, A. (1997)  
 Anorexia Nerviosa - Orígenes del encapsulamiento autista. En Zaffaroni, A. y Altube, M. (comp.) *Cuerpo, Arte y Salud* (págs. 50-52). Edición del Centro Cultural Gral. San Martín. Buenos Aires. 1997.
- LOSINNO, H., FONTANET, R., MARTÍNEZ, J., BRENCHIO, C., RODRÍGUEZ PUZZO, D., FERREYRA, N., y ROBLES, NOELIA (2005)  
 Algunos resultados de la aplicación del CCRT al Diario de una Anoréxica de Lori Gottlieb. Investigación de la Cátedra Seminario II - Trastornos en la alimentación. Carrera de Psicología. Universidad de Morón.
- LOSINNO, H. y VERA, G. (1995)  
 "Anorexia Nerviosa y Bulimia: Producción de objetos y figuras autistas". Actualidad Psicológica, Año XX, N° 226, noviembre 1995, 18-21
- LOSINNO, H. y VERA, G. (1998)  
 "Algunas consideraciones acerca de la influencia en Freud del paradigma lamarckiano". Ficha del Taller: Entrevista clínica y transferencia. Carrera: Psicología. Facultad: Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán.

- LOSINNO, H. y VERA, G. (1999)  
 "El cuerpo en anorexia nerviosa y bulimia". Actualidad Psicológica, Año XXIV, N° 264, mayo 1999, 24-26
- LOSINNO, H. y VERA, G. (1999b)  
 "Anorexia nerviosa y bulimia - Aportes para el estudio del déficit en la autoestima". Actualidad Psicológica, Año XXIV, N° 270, noviembre 1999, 14-17
- LOSINNO, H. y VERA, G. (2000)  
 "Anorexia nerviosa y bulimia - de la familia 'real' a la representación de los padres". Actualidad Psicológica, Año XXIV, N° 279, septiembre 2000, 29-32
- LUBORSKY, L. (1993)  
 3er. Material de trabajo de Ulm. Método CCRT, manual para su uso. Lester Luborsky y Departamento de Psicoterapia. Clínica Universitaria de Ulm. (1ª ed.). Marzo 1993
- LUBORSKY, L. & CRITS-CHRISTOPH, P. (1990)  
 Understanding Transference. Basic Books (1ª ed.). New York. 1990
- LUBORSKY, L., BARBER, J., & DIGUER, L. (1992)  
 "The Meanings of Narratives During Psychotherapy: The Fruits of a New Observational Unit". Psychotherapy Research 2 (4) 277-290
- LUTENBERG, J. (1999)  
 "El vacío mental - Una nueva dimensión teórica y clínica". Zona Erógena. N° 44, págs. 49-51
- LYSENKO, T. (1943)  
*La herencia y su variabilidad*. Editorial Páginas (1ª ed.). Buenos Aires. 1947
- MALDAVSKY, D. (1977)  
*Teoría de las representaciones - Sistemas y matrices, transformaciones y estilos*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1977
- MALDAVSKY, D. (1980)  
*El complejo de Edipo positivo: constitución y transformaciones*. Amorrortu Editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1982
- MALDAVSKY, D. (1983b)  
 "Aportes al desarrollo de una epistemología psicoanalítica". Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados, N° 8, 1983, págs. 93-117
- MALDAVSKY, D. (1984b)  
 "Aportes a la teoría psicoanalítica del pensar y del saber". Temas de Psicopedagogía. Buenos Aires. 1984
- MALDAVSKY, D. (1986)  
*Estructuras Narcisistas*. Amorrortu Editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1986
- MALDAVSKY, D. (1988)  
 Drogadicción: sobre las combinatorias defensivas y la regresión del yo. En Barchetti, I. (Comp.) *Estudios sobre drogadicción*. (págs. 77-99). Lugar Editorial (1ª ed.). Buenos Aires. 1988

- MALDAVSKY, D. (1990)**  
 "Anorexia en la infancia: metapsicología y clínica. Una contribución al estudio de las anorexias tempranas". *Diarios Clínicos. Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*. Ediciones Diarios Clínicos. N° 3, Cuerpo y subjetividad, págs. 63-79
- MALDAVSKY, D. (1993)**  
*Judeidad: modalidades subjetivas*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1993
- MALDAVSKY, D. (1994)**  
*Pesadillas en vigilia - Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Amorrortu Editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1995
- MALDAVSKY, D. (1997)**  
*Sobre las ciencias de la subjetividad - Exploraciones y conjeturas*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1997
- MALDAVSKY, D. (1999)**  
*Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1999
- MALDAVSKY, D. (2000a)**  
*Lenguaje, pulsiones, defensas. Redes de signos, secuencias narrativas y procesos retóricos en la clínica psicoanalítica*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 2000
- MALDAVSKY, D. (2000b)**  
 Anorexia: una visión de conjunto de los problemas teóricos y clínicos. En Barrionuevo, J. (Comp.) *Clínica psicoanalítica al límite* (págs. 73-89). Gabas Editorial (1ª ed.). Buenos Aires. 2000
- MANNONI, M. (1970)**  
*El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis*. Siglo Veintiuno Editores (1ª ed.). México. 1985
- MARTÍN, O. (2004)**  
 Aproximación histórica a la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 34-CI-F: [51 pantallas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34\\_ci\\_f.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_f.htm)
- MARTÍNEZ DE BAGATTINI, C (1995)**  
 Cuerpo, Tiempo y Recuerdos en la Anorexia Nerviosa. Disponible en: [uyweb.com.uy/psychenet/revista/anorexia.htm](http://uyweb.com.uy/psychenet/revista/anorexia.htm)
- MARTÍNEZ, G. (1992)**  
*Acerca de Roderer*. Editorial Planeta Argentina (1ª ed.). Buenos Aires. 1999
- MARTYN, J. (1745)**  
 "Communication of a letter from J. Cookson, M. D. concerning the boy who has an extraordinary boulimia, or craving appetite". *Philosophical Transactions of the Royal Society*, XLIII, 380-381



- MCLOUGHLIN, I. J. & HASSANYEH, F. (1990)  
 "Pica en una Paciente con Anorexia Nerviosa". *British Journal of Psychiatry*. 156, 568-570
- MEDICAL GAZETTE (1833)  
 "Case of extraordinary congenital bulimia". Julio, 573-574.
- MINUCHIN, S. (1984)  
*Calidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación*. Paidós (1ª ed.). Barcelona. 1985
- MOIZESZOWICZ, J. (1996)  
 Tratamiento psicofarmacológico de la bulimia y anorexia nerviosa. En Beker, E., Benedetti, C. y Goldvarg, N. (Comp.) *El enigma del cuerpo. Anorexia y bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias* (págs. 197-227). Atuel (1ª ed.). Buenos Aires. 1996.
- MORALES, E., HERNANDEZ, G. & DOERR-ZEGERS, O. (1994)  
 Contribución a una interpretación sistémica de la anorexia nervosa. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. Nov-Dic; Vol. 22 (6): 261-269
- MOREIRA, D. (1995)  
*Psicopatología y Lenguaje en Psicoanálisis. Adicciones - Psicósomática - Autismo*. Homo Sapiens Ediciones (1ª ed.). Rosario. Argentina. 1995
- MOREIRA, D. (1997)  
*La pubertad y sus transmutaciones - Sobre el desarrollo normal y patológico*. Fau Editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1997
- MOULDS, M. et al. (2000)  
 "Perceived expressed emotion in the siblings and parents of hospitalized patients with anorexia nervosa". *International Journal of Eating Disorders*. Apr; Vol. 27 (3): 288-296
- MURPHY, F., TROOP, N. & TREASURE, J. (2000)  
 "Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study". *British Journal of Clinical Psychology*. Jun; Vol. 39 (2): 193-203
- NARDONE, G. (2003)  
*Más allá de la anorexia y la bulimia*. Paidós (1ª ed.). Barcelona. 2004
- NASIO, J. (1985)  
*El Magnífico Niño del Psicoanálisis. El concepto de sujeto y objeto en la teoría de Jacques Lacan*. Gedisa (1ª ed.). Barcelona. 1986
- NELSON, W., HUGHES, H., KATZ, B. & RUSSELL SEARIGHT, H. (1999)  
 "Anorexic eating attitudes and behaviors of male and female college students". *Adolescence*. Vol. 34, Nº 135: 621-633
- NOS MATEU Y CLOFENT VILLAPLANA (2004)  
 Enfermedad de Crohn. Disponible en: [www.cirugest.com/revisiones/Cir14-06/14-06-02.htm](http://www.cirugest.com/revisiones/Cir14-06/14-06-02.htm)

- PACIFIC WESTERN EN ASOCIACIÓN CON LIGHTSTORM ENTERTAINMENT (PRODUCTOR) & CAMERON, J. (DIRECTOR) (1991)  
 Terminator 2 - Juicio Final [Filme]. Disponible en: RCA/Columbia Pictures International Video. Buenos Aires. Argentina. 1992
- PARRAL, J., CENA, M., CONTRERAS, M., BONSIGNORE, A. y SCHUST, J. (1996)  
*Anorexia Nerviosa, Bulimia, Ingesta Compulsiva - Problemáticas de fin de siglo*. López Libreros Editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1996
- PARRY-JONES, B. (1991)  
 "Historical terminology of eating disorders". *Psychological Medicine*, Vol. 21, 21-28
- PARRY-JONES, B. & PARRY-JONES, W. LL. (1991)  
 "Bulimia: An Archival Review of Its History in Psychosomatic Medicine". *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 10, N° 2, 129-143
- PARRY-JONES, B. & PARRY-JONES, W. LL. (1993)  
 "Self-mutilation in Four Cases of Bulimia". *British Journal of Psychiatry*, 163, 394-402
- PASQUALINI, D., FAHRER, M. y SECO, M. T. (1996)  
 El adolescente con trastornos de la conducta alimentaria: Modelo de asistencia integral ambulatorio. En Beker, E., Benedetti, C. y Goldvarg, N. (Comp.) *El enigma del cuerpo. Anorexia y bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias* (págs. 73-104). Atuel (1ª ed.). Buenos Aires. 1996.
- PIAGET, J. (1974)  
*Adaptación vital y psicología de la inteligencia*. Siglo XXI Editores (3ª ed.). Madrid. 1980
- POCH, J. y ÁVILA ESPADA, A. (1998)  
*Investigación en psicoterapia - La contribución psicoanalítica*. Paidós (1ª ed.). Buenos Aires. 1998
- PRIBRAM, K. y GILL, M. (1976)  
*El "Proyecto" de Freud - Una introducción a la teoría cognitiva y a la neuropsicología contemporáneas*. Ediciones Marymar (1ª ed.). Buenos Aires. 1977
- 1º CONGRESO HISPANO AMERICANO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA  
 Organizado por el Departamento de Nutrición y Alimentos de la Universidad San Francisco de Quito. <http://192.188.53.73/1ICHATA/pdf/congreso.pdf>.
- PRUETT, K. (2000)  
*El rol del padre*. Vergara (1ª ed.). Buenos Aires. 2001
- RABIH, M. Y GIOIA, T. (1966)  
 Duelo, negación e identificación maniaca. En Rascovsky, A y Liberman, D. (comp.) *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía* (págs. 192-200). Paidós (1ª ed.). Buenos Aires. 1966
- RAIMBAULT, G. (1982)  
*El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*. Ariel (1ª ed.). Barcelona. 1985

- RAIMBAULT, G. Y ELIACHEFF, C. (1989)  
*Las indomables figuras de la anorexia*. Ediciones Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1991
- RECALCATI, M. (2004)  
*La última cena - Anorexia y bulimia*. Ediciones del Cifrado (1ª ed.). Buenos Aires. 2004
- ROLLA, E. (1956)  
 "Anorexia nerviosa y claustrofobia". Revista de Psicoanálisis. Tomo XIII, N° 4, octubre-diciembre 1956, 486-489
- ROMO, A., LORENTE, F. y SALAZAR, V. (1987)  
 "Un niño con anorexia". Medicine Interconsulta. VOL. 1, N°. 6, agosto 1987, 8-12
- RONEN, T. y AYELET (2001)  
*Luchar contra la anorexia - Historia de una paciente, su terapeuta y el proceso de recuperación*. Paidós (1ª ed.). Barcelona. 2004
- ROSENFELD, D. (1976)  
 Método microscópico para la detección de los estados neuróticos y psicóticos - Un estudio lingüístico de los verbos y su relación con las acciones en psicoanálisis. Trabajo presentado en el XI Congreso Psicoanalítico Latinoamericano.
- ROVIRA, B. (1990)  
 "Anorexia nerviosa - Curioso no comer para vivir". Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen I, N° 2, Buenos Aires, diciembre 1990, enero - febrero 1991, 25-31
- RUSSELL, J., KOPEC-SCHRADER, E., REY, J. & BEUMONT, P. (1992)  
 "The Parental Bonding Instrument in adolescent patients with anorexia nervosa". Acta Psychiatrica Scandinavica. Sep; Vol. 86 (3): 236-239
- RUTSZTEIN, G. (1998)  
 "La Anorexia Nerviosa y el proceso de separación-individuación". Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen IX, N° 32, Buenos Aires, junio-julio-agosto, 118-124
- SABA, G. Y FRAISE DE PÁEZ, M. (1998)  
 "Disfunciones sexuales en Anorexia y Bulimia Nerviosa". Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen IX, N° 32, Buenos Aires, junio-julio-agosto, 125-130
- SALAS OJEDA, J. (2004)  
 "La presencia del factor político-ideológico en la anorexia mental". Trabajo disponible en: [copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct153.Htm](http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/clinica/ct153.Htm)
- SAMUEL-LAJEUNESSE, B. (1998)  
 "Negación e infidelidad: principales obstáculos en el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia nerviosa". Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen IX, N° 32, Buenos Aires, junio-julio-agosto, 131-136



- SCHULMAN, A. (1995)  
Amenorrea y trastornos de la conducta alimentaria. Tesina presentada en la Carrera de especialista en endocrinología ginecológica y de la reproducción, del Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de la Fundación Favaloro.
- SCHÜTZE, G. (1980)  
*Anorexia mental*. Herder (1ª ed.). Barcelona. 1983
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G. y PRATA, G. (1982)  
*Paradoja y contraparadoja - Un nuevo modelo en la terapia de la familia a transacción esquizofrénica*. Ed. ACE (1ª ed.). Buenos Aires. 1982
- SELVINI PALAZZOLI, M., CIRILLO, S., SELVINI, M. y SORRENTINO, A. (1998)  
*Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós (1ª ed.). Buenos Aires. 1999
- SILVERMAN, J. (1983)  
"Richard Morton, 1637-1698 Limner of Anorexia Nervosa: His Life and Times". JAMA. Nov. 25, 1983 - Vol. 250, Nº 20, 2830-2832
- SILVERMAN, J. (1989)  
"Louis-Victor Marcé, 1828-1864: anorexia nervosa's forgotten man". Psychological Medicine, Vol. 19, 833-835
- SILVERMAN, J. (1990)  
"Anorexia Nervosa in the Male: Early Historic Cases". En Arnold E. Andersen, M. D. (Ed) *Males With Eating Disorders*. Brunner/Mazel (1ª ed.). New York, pp. 3-8. 1990
- SORIA, N. (1993)  
Acerca de la anorexia melancólica. En Goralí, V. (Comp.) *Estudios de anorexia y bulimia* (págs. 155-161). Atuel-Cap (1ª ed.). Buenos Aires. 2000
- SPITZ, R. (1965)  
*El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica (1ª ed.). México. 1977
- STIRN, A. & POKORNY, D. (2001)  
Nuevos campos de aplicación del método CCRT - Dos trabajos literarios de pacientes que sufren de anorexia nerviosa. Trabajo presentado en el Congreso de la SPR (Society for Psychotherapy Research). Montevideo. Uruguay
- STONE, M. (1983)  
Problemas especiales de los adolescentes borderline provenientes de familias ricas. En: *Adolescentes borderline*. L. Brandt y otros. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1989
- STRIEGEL-MOORE, R., SCHREIBER, G., PIKE, K., WILFLEY, D. & RODIN, J. (1995).  
Drive for thinness in black and white preadolescent girls. International Journal Eating Disorders, 18 (1): 59-69

- SZABO, C., GOLDIN, J. & LE-GRANGE, D. (1999)  
 "Application of the Family Relations Scale to a sample of anorexics, bulimics and nonpsychiatric controls: A preliminary study". *European Eating Disorders Review*. Mar, Vol. 7 (1): 37-46
- TALLAFERRO, A. (1974)  
*Curso básico de psicoanálisis*. Paidós (3ª ed.). Buenos Aires. 1974
- TARACHOW, S. (1963)  
*Introducción a la psicoterapia*. Centro Editor de América Latina (1ª ed.). Buenos Aires. 1969
- TAUSK, V. (1919)  
 "Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia". En: *Trabajos Psicoanalíticos*. Gedisa (1ª ed.). Barcelona. 1977
- THIS, B. (1980)  
*El Padre: Acto de Nacimiento*. Paidós (1ª ed.). Barcelona. 1982
- THOMÄ, H. Y KÄCHELE, H. (1985)  
*Teoría y práctica del psicoanálisis*. Editorial Herder (1ª ed.). Barcelona. 1989
- TONELLI, G. (1995)  
 La clínica psicoanalítica en el campo médico - Anorexia y bulimia. En Gorali, V. (Comp.) *Estudios de Psicopatología* (págs. 147-150). Atuel-Cap (1ª ed.). Buenos Aires. 1995
- TORO, J. (1996)  
*El cuerpo como delito - Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel (1ª ed.). Barcelona. 1996
- TORO, J. y VILARDELL, E. (1987)  
*Anorexia nerviosa*. Martínez Roca (1ª ed.). Barcelona. 1987
- TUSTIN, F. (1987)  
*Barrera autistas en pacientes neuróticos*. Amorrortu Editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1989.
- TUSTIN, F. (1990)  
*El cascarón protector en niños y adultos*. Amorrortu Editores (1ª ed.). Buenos Aires. 1992.
- UKASKI, M., ROSENFELD, A., SPALTER, A., JUFE, A., LEDESMA, E., DOMÍNGEZ, E., FREGA, V., CASTRO, P. y MÉNDEZ RIVAS J. (1996)  
 Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: Abordaje interdisciplinario con enfoque sistémico. En Beker, E., Benedetti, C. y Goldvarg, N. (Comp.) *El enigma del cuerpo. Anorexia y bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Prácticas interdisciplinarias* (págs. 115-134). Atuel. Buenos Aires. 1996.
- URMAN, F. (1990)  
 Una contribución para el diagnóstico diferencial entre anorexias neuróticas (conversivas) y psicopatológicas (normadas). *Pacientes borderline - Confluencias y Confrontaciones*. Psicoanálisis. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Vol. XII. Año 1990. Nº 2-3 (págs. 439-456)

- VALIENTE, E. (1997)  
 "Anorexia y Bulimia: ¿Enfermedades de la Cultura?". En Zaffaroni, A. y Altube, M. (Comp.) *Cuerpo, Arte y Salud*, (págs. 14-18). Centro Cultural Gral. San Martín. 1997.
- VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R. (1989)  
 "Who was the first to describe anorexia nervosa: Gul or Lasègue?". *Psychological Medicine*, Vol. 19, 837-845
- VANDEREYCKEN, W., CASTRO, J. & VANDERLINDEN, J. (1991)  
*Anorexia y bulimia - La familia en su génesis y tratamiento*. Martínez Roca (1ª ed.). Barcelona. 1991
- VANDERLINDEN, J. y VANDEREYCKEN, W. (1999)  
*Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimentarios - Nuevas terapias para el control de la anorexia y la bulimia*. Granica (1ª ed.). Barcelona. 1999
- WACHTEL, P. (1993)  
*La comunicación terapéutica - Principios y práctica eficaz*. Desclée de Brouwer (1ª ed.). Bilbao. España. 1996
- WILSON, C. P. (1988)  
 La psicoterapia psicoanalítica de la anorexia nerviosa bulímica. En Fenistain, S. y Sarosky, A. (Comps.) *Trastornos en la alimentación*. Nueva Visión (1ª ed.). Buenos Aires. 1988
- WINNICOTT, D. W. (1964)  
 "La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y Negativos". *Revista uruguaya de Psicoanálisis*. N° 61, septiembre de 1982, 11-22
- WINNICOTT, D. W. (1974)  
 "Fear of breakdown". *Int. Rev. Psycho-Analysis*. 1, 1-2, 103-107
- YARYURA TOBIAS, J., NEZIROGLU, F., PÉREZ, R. y BORDA, T. (2003)  
*Obsesiones corporales*. Editorial Polemos (1ª ed.). Buenos Aires. 2003
- ZÖPKE, P. (1990)  
 "La figlia che piange". *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. Volumen I, N° 2, Buenos Aires, diciembre 1990, enero - febrero 1991, 32-36
- ZUKERFELD, R. (1992)  
*Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica*. Ricardo Vergara Ediciones (1ª ed.). Buenos Aires. 1992
- ZUKERFELD, R. (2003)  
 Trabajo presentado en el Panel de la Jornada: Psicósomática hoy, organizada por la Carrera de Psicología de la Facultad de Filosofía, Ciencias de la Educación y Humanidades de la Universidad de Morón. Noviembre 2003
- ZUKERFELD, R. y ZUKERFELD, R. Z. (1999)  
*Psicoanálisis, Tercera tópica y Vulnerabilidad somática*. Lugar Editorial (1ª ed.). Buenos Aires. 1999



## **ANEXO A**

### **CATEGORÍAS ESTÁNDAR DEL CCRT (Edición 2)**

#### **DESEOS, PROPÓSITOS, NECESIDADES**

(La categoría principal está en mayúscula, el resto son variantes de la principal)

01. **SER ENTENDIDO**; ser comprendido, empatizar con, ser visto correctamente
02. **SER ACEPTADO**; Ser aprobado por los otros, no ser juzgado, recibir afirmación
03. **SER RESPETADO**; ser tratado justamente, ser valorado, ser importante para otros
04. **ACEPTAR A OTROS**; ser receptivo a los demás
05. **RESPETAR A OTROS**; valorar a otros
06. **TENER CONFIANZA**; ser honesto con los otros, ser auténtico con los otros
07. **SER APRECIADO**; los otros se interesan en mí
08. **RECEPTIVIDAD DE LOS OTROS**; ser correspondido, hablan conmigo
09. **COMUNICACIÓN CON LOS OTROS**; ser abierto, poder expresarme
10. **DISTANCIARSE DE LOS OTROS**; no ser abierto, no expresar mis deseos, no ser molesto
11. **ESTAR CERCA DE LOS OTROS**; ser tenido en cuenta/incluido, no estar solo, ser amigos
12. **AYUDAR A OTROS**; darse a los otros, educar a los otros, respaldar a otros
13. **SER AYUDADO/RECIBIR APOYO**; recibir soporte, ser protegido
14. **NO SER OFENDIDO**; evitar dolor e irritación, evitar rechazo, protegerme, defenderme
15. **SER OFENDIDO**; ser castigado, ser maltratado
16. **HERIR A LOS DEMÁS**; vengarme, rechazar a los otros, expresar rabia contra los otros
17. **EVITAR CONFLICTOS**; comprometerme, no disgustar a los otros, estar de acuerdo, ser flexible
18. **OPONERME A LOS OTROS**; resistirme al dominio de los otros, competir contra los otros
19. **TENER CONTROL SOBRE LOS OTROS**; dominar, tener poder, hacer las cosas a mi manera
20. **SER CONTROLADO POR LOS OTROS**; ser sumiso, ser dependiente, ser pasivo, recibir instrucciones
21. **TENER CONTROL SOBRE MÍ MISMO**; ser conciente, ser racional
22. **TENER ÉXITO**; ser competente, hacer lo mejor, ganar
23. **SER INDEPENDIENTE**; ser autosuficiente, ser autónomo, ser sólido
24. **SENTIRME BIEN RESPECTO A MÍ MISMO**; tener confianza en mí mismo, sentirme satisfecho, tener autoestima
25. **SUPERARME**; mejorar, progresar
26. **SER BUENO**; hacer lo correcto, ser perfecto, ser correcto
27. **SER COMO LOS OTROS**; identificarme con los otros, parecerme a los otros, dejarme modelar
28. **SER YO MISMO**; no estar conforme, ser diferente, ser único
29. **NO TENER OBLIGACIONES O NO TENER RESPONSABILIDAD**; ser libre, no tener compromiso
30. **SER ESTABLE**; tener seguridad, tener estructura
31. **SENTIRME CÓMODO**; relajarme, no sentir malestar
32. **SENTIRME FELIZ**; divertirme, disfrutar, sentirme bien

- 33. SER AMADO;** tener una relación romántica, tener relaciones sexuales
- 34. REAFIRMARME A MÍ MISMO;** exigir el reconocimiento de mis derechos
- 35. COMPETIR CON ALGUIEN POR EL AFECTO DE OTRA PERSONA** [No se tuvo en cuenta porque Luborsky no la incluye en los clusters]

## **REACCIONES DE LOS OTROS**

- 01. ENTIENDEN;** son empáticos, son simpáticos, me ven correctamente
- 02. NO ENTIENDEN;** no son empáticos, son antipáticos, son desconsiderados
- 03. ME ACEPTAN;** no son rechazantes, me aprueban, me incluyen, me tienen en cuenta
- 04. ME RECHAZAN;** desaprueban, son críticos
- 05. ME RESPETAN;** me tratan con justicia, me valoran, me admiran
- 06. NO ME RESPETAN;** me tratan injustamente, no me valoran, no me admiran
- 07. NO ME TIENEN CONFIANZA;** no me creen, sospechan de mí
- 08. NO SON DE CONFIANZA;** me traicionan, me engañan, son deshonestos
- 09. ME APRECIAN;** se interesan en mí
- 10. NO ME APRECIAN;** no se interesan en mí
- 11. SON ABIERTOS;** son expresivos, son reveladores, están disponibles
- 12. SON DISTANTES;** no corresponden, no están disponibles
- 13. SON SERVICIALES;** apoyan, me dan, explican
- 14. NO SON SERVICIALES;** no confortan, no apoyan, no me dan seguridad
- 15. ME OFENDEN;** son violentos, me tratan mal, son punitivos
- 16. SON OFENDIDOS;** son injuriados, están atormentados, están heridos
- 17. ME CONTRADICEN;** rechazan/bloquean mis deseos, están contra mí
- 18. SON COOPERADORES;** están de acuerdo
- 19. ESTÁN FUERA DE CONTROL;** no son de fiar, son inseguros, son irresponsables
- 20. SON CONTROLADORES;** son dominantes, intimidan, son agresivos, se imponen
- 21. ME DAN INDEPENDENCIA;** me dan autonomía, animan, fomentan mi autodirección
- 22. SON DEPENDIENTES;** son influenciados por mí, son sumisos
- 23. SON INDEPENDIENTES;** se dirigen a sí mismos, son inconformes, son autónomos
- 24. SON ENÉRGICOS;** son superiores, son responsables, son importantes
- 25. SON MALOS;** están equivocados, son culpables
- 26. SON ESTRUCTOS;** son rígidos, son severos, son duros / recios
- 27. ESTÁN ENOJADOS;** son irritables, están resentidos, están frustrados
- 28. SON ANSIOSOS;** están asustados, están nerviosos, están preocupados
- 29. ESTÁN FELICES;** son divertidos, están contentos, disfrutan
- 30. ME QUIEREN;** están interesados románticamente en mí

## **REACCIONES DEL SUJETO**

- 01. ENTENDER;** comprender, percibir, ver correctamente
- 02. NO ENTENDER;** estoy confundido, estoy sorprendido, no me entiendo bien
- 03. SENTIRME ACEPTADO;** sentirme aprobado
- 04. SENTIRME RESPETADO;** sentirme valorado, sentirme admirado
- 05. APRECIAR A LOS OTROS;** soy amistoso
- 06. DESPRECIAR A LOS OTROS;** odio a los otros
- 07. SOY ABIERTO;** me expreso a mí mismo
- 08. NO SOY ABIERTO;** soy inhibido, no soy expresivo, soy distante

- 09. SOY SERVICIAL;** doy soporte, trato de agradar a los otros, doy a los otros
- 10. HIERO A LOS OTROS;** soy violento, actúo hostilmente
- 11. OPONERSE A LOS OTROS;** soy competitivo, rechazo, desconozco, choco con los otros
- 12. SOY CONTROLADOR;** soy dominante, influyo en otros, manipulo a los otros, soy asertivo, soy agresivo
- 13. ESTOY FUERA DE CONTROL;** soy irresponsable, soy impulsivo, soy inseguro
- 14. ME CONTROLO;** soy responsable
- 15. SOY INDEPENDIENTE;** tomo mis propias decisiones, me autodirijo, soy autónomo
- 16. SOY DEPENDIENTE**
- 17. ME SIENTO INCAPAZ;** soy incompetente, soy inadecuado
- 18. ME TENGO CONFIANZA A MÍ MISMO;** soy o me siento triunfador, me siento orgulloso, me siento asegurado
- 19. ESTOY INDECISO;** me siento atormentado, soy ambivalente, me siento en conflicto
- 20. ESTOY DECEPCIONADO;** no estoy satisfecho, me siento desagradado, me siento vacío
- 21. ME SIENTO ENOJADO;** me siento resentido, me siento irritado
- 22. ME SIENTO DEPRIMIDO;** me siento sin esperanza, me siento triste, me siento mal
- 23. ME SIENTO DESAMADO;** me siento solo, me siento rechazado
- 24. ME SIENTO CELOSO;** me siento envidioso
- 25. ME SIENTO CULPABLE;** me culpabilizo, me siento equivocado
- 26. ME SIENTO AVERGONZADO;** me siento turbado, me siento confundido
- 27. ME SIENTO ANSIOSO;** me siento asustado, me siento preocupado, me siento nervioso
- 28. ME SIENTO SEGURO;** me siento satisfecho, me siento protegido
- 29. ME SIENTO FELIZ;** excitado, me siento bien, me siento alegre, me siento eufórico
- 30. ME SIENTO AMADO**
- 31. SÍNTOMAS SOMÁTICOS;** dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor [No se tuvo en cuenta porque Luborsky no la incluye en los clusters]



## **ANEXO B**

### **CLUSTERS**

#### **Grupos**

#### **Componentes de categoría standard**

##### **DESEOS (D): YO QUIERO...**

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. REAFIRMARME Y SER INDEPENDIENTE             | 21, 23, 28, 34    |
| 2. OPONERME, HERIR Y CONTROLAR A LOS OTROS     | 16, 18, 19        |
| 3. SER CONTROLADO, HERIDO Y NO SER RESPONSABLE | 3, 15, 20, 27, 29 |
| 4. SER DISTANTE Y EVITAR CONFLICTOS            | 10, 14, 17        |
| 5. ESTAR CERCA (DE LOS OTROS) Y ACEPTARLOS     | 4, 5, 6, 8, 9, 11 |
| 6. SER AMADO Y ENTENDIDO                       | 1, 2, 3, 7, 33    |
| 7. SENTIRME BIEN Y CÓMODO                      | 24, 30, 31, 32    |
| 8. TENER ÉXITO Y AYUDAR A LOS OTROS            | 12, 22, 25, 26    |

##### **REACCIONES DE LOS OTROS (RO): LOS OTROS SON / HACEN...**

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. FUERTES                     | 23, 24, 29                     |
| 2. CONTROLAN                   | 20, 26                         |
| 3. TRASTORNAN, ALTERAN, ENOJAN | 16, 19, 22, 27, 28             |
| 4. MALOS                       | 8, 25                          |
| 5. SE OPONEN Y ESTÁN EN CONTRA | 2, 4, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17 |
| 6. AYUDAN                      | 13, 18                         |
| 7. ME APRECIAN                 | 5, 9, 21, 30                   |
| 8. ENTIENDEN                   | 1, 3, 11                       |

##### **REACCIONES DEL SUJETO (RS): ME SIENTO / SOY / HAGO / TENGO...**

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| 1. AYUDO                         | 1, 7, 9             |
| 2. NO RECEPTIVO Y CERRADO        | 2, 6, 8             |
| 3. RESPETADO Y ACEPTADO          | 3, 4, 5, 28, 29, 30 |
| 4. ME OPONGO Y HIERO A LOS OTROS | 10, 11              |
| 5. AUTOCONTROL Y AUTOCONFIANZA   | 12, 14, 15, 18      |
| 6. DESAMPARADO                   | 13, 16, 17, 19      |
| 7. DECEPCIONADO Y DEPRIMIDO      | 20, 21, 22, 23, 24  |
| 8. ASUSTADO Y AVERGONZADO        | 25, 26, 27          |

## **ANEXO C**

### **COMPLETUD DE LAS NARRATIVAS**

Luborsky y Crits-Christoph (1990, pág. 20) dan el siguiente ejemplo para ayudar a quienes deben evaluar el grado de completud de las narraciones:

#### ***Promedio de completud en episodios relacionales hipotéticos***

<b>Puntuación</b>	<b>Esencia del episodio de relación</b>
1.0	"Me encontré con Joe y hablamos" (No hay componentes de CCRT)
1.5	"Me encontré con Joe y hablamos. Él dijo poco" (Una respuesta bastante vaga del otro)
2.0	"Me encontré con Joe y hablamos. Él dijo poco. Él es un antiguo amigo de la escuela a quien yo aprecio" (Componentes más vagos en la alusión de un deseo y una respuesta de uno mismo)
2.5	"Me encontré con Joe, hablamos. Él dijo poco, es un antiguo amigo de la escuela a quien yo aprecio. Me desilusionó que dijera tan poco de las cosas que pasamos juntos" (Hay suficiente información para puntuar una respuesta del otro y una respuesta de uno mismo)
3.0	(Más allá del nivel 2.5, las tasas de completud se basan en cuanto el paciente elabora sobre la historia y cuan detallada es la información para cada uno de los componentes)
3.5	Idem 3.0
4.0	"Me encontré con Joe y hablamos. Él dijo poco, es un antiguo amigo de la escuela a quien yo aprecio. Me desilusionó que dijera tan poco de las cosas que pasamos juntos. Yo tenía ganas de revivir aquellos días y rescatar los sentimientos de las cosas que compartimos, pero Joe parecía distraído. Le sugerí que fuéramos a almorzar a la semana siguiente y estuvo de acuerdo" (Los tres componentes son más detallados y más explícitos)
4.5	Como la descripción 4.0, pero con más detalle
5.0	Como la descripción 4.0, pero con más detalle.

## ANEXO D

### FRECUENCIA CON LA QUE APARECE CADA ÍTEM DE LAS CATEGORÍAS ESTÁNDAR DEL CCRT EN LAS ADOLESCENTES QUE PADECEN ANOREXIA NERVIOSA

#### DESEOS, PROPÓSITOS, NECESIDADES

(La categoría principal está en mayúscula, el resto son variantes de la principal)

01. **SER ENTENDIDO**; ser comprendido, empatizar con, ser visto correctamente: 52
02. **SER ACEPTADO**; Ser aprobado por los otros, no ser juzgado, recibir afirmación: 15
03. **SER RESPETADO**; ser tratado justamente, ser valorado, ser importante para otros: 144
04. **ACEPTAR A OTROS**; ser receptivo a los demás: 1
05. **RESPETAR A OTROS**; valorar a otros: 3
06. **TENER CONFIANZA**; ser honesto con los otros, ser auténtico con los otros: 1
07. **SER APRECIADO**; los otros se interesan en mí: 58
08. **RECEPTIVIDAD DE LOS OTROS**; ser correspondido, hablan conmigo: 8
09. **COMUNICACIÓN CON LOS OTROS**; ser abierto, poder expresarme: 3
10. **DISTANCIARSE DE LOS OTROS**; no ser abierto, no expresar mis deseos, no ser molestado: 2
11. **ESTAR CERCA DE LOS OTROS**; ser tenido en cuenta/incluido, no estar solo, ser amigos: 46
12. **AYUDAR A OTROS**; darse a los otros, educar a los otros, respaldar a otros: 9
13. **SER AYUDADO/RECIBIR APOYO**; recibir soporte, ser protegido: 14
14. **NO SER OFENDIDO**; evitar dolor e irritación, evitar rechazo, protegerme, defenderme: 0
15. **SER OFENDIDO**; ser castigado, ser maltratado: 0
16. **HERIR A LOS DEMÁS**; vengarme, rechazar a los otros, expresar rabia contra los otros: 5
17. **EVITAR CONFLICTOS**; comprometerme, no disgustar a los otros, estar de acuerdo, ser flexible: 2
18. **OPONERME A LOS OTROS**; resistirme al dominio de los otros, competir contra los otros: 3
19. **TENER CONTROL SOBRE LOS OTROS**; dominar, tener poder, hacer las cosas a mi manera: 5
20. **SER CONTROLADO POR LOS OTROS**; ser sumiso, ser dependiente, ser pasivo, recibir instrucciones: 3
21. **TENER CONTROL SOBRE MÍ MISMO**; ser conciente, ser racional: 1
22. **TENER ÉXITO**; ser competente, hacer lo mejor, ganar: 2
23. **SER INDEPENDIENTE**; ser autosuficiente, ser autónomo, ser sólido: 2
24. **SENTIRME BIEN RESPECTO A MÍ MISMO**; tener confianza en mí mismo, sentirme satisfecho, tener autoestima: 3
25. **SUPERARME**; mejorar, progresar: 1
26. **SER BUENO**; hacer lo correcto, ser perfecto, ser correcto: 2
27. **SER COMO LOS OTROS**; identificarme con los otros, parecerme a los otros, dejarme modelar: 7
28. **SER YO MISMO**; no estar conforme, ser diferente, ser único: 0



- 29. NO TENER OBLIGACIONES O NO TENER RESPONSABILIDAD;** ser libre, no tener compromiso: 1
- 30. SER ESTABLE;** tener seguridad, tener estructura: 0
- 31. SENTIRME CÓMODO;** relajarme, no sentir malestar: 13
- 32. SENTIRME FELIZ;** divertirme, disfrutar, sentirme bien: 46
- 33. SER AMADO;** tener una relación romántica, tener relaciones sexuales: 7
- 34. REAFIRMARME A MÍ MISMO;** exigir el reconocimiento de mis derechos: 0
- 35. COMPETIR CON ALGUIEN POR EL AFECTO DE OTRA PERSONA** [No se tuvo en cuenta porque Luborsky no la incluye en los clusters]

## REACCIONES DE LOS OTROS

- 01. ENTIENDEN;** son empáticos, son simpáticos, me ven correctamente. 9
- 02. NO ENTIENDEN;** no son empáticos, son antipáticos, son desconsiderados: 29
- 03. ME ACEPTAN;** no son rechazantes, me aprueban, me incluyen, me tienen en cuenta: 17
- 04. ME RECHAZAN;** desaprueban, son críticos: 9
- 05. ME RESPETAN;** me tratan con justicia, me valoran, me admiran: 6
- 06. NO ME RESPETAN;** me tratan injustamente, no me valoran, no me admiran: 29
- 07. NO ME TIENEN CONFIANZA;** no me creen, sospechan de mí: 3
- 08. NO SON DE CONFIANZA;** me traicionan, me engañan, son deshonestos: 23
- 09. ME APRECIAN;** se interesan en mí: 33
- 10. NO ME APRECIAN;** no se interesan en mí: 31
- 11. SON ABIERTOS;** son expresivos, son reveladores, están disponibles: 7
- 12. SON DISTANTES;** no corresponden, no están disponibles: 94
- 13. SON SERVICIALES;** apoyan, me dan, explican: 45
- 14. NO SON SERVICIALES;** no confortan, no apoyan, no me dan seguridad: 8
- 15. ME OFENDEN;** son violentos, me tratan mal, son punitivos: 18
- 16. SON OFENDIDOS;** son injuriados, están atormentados, están heridos: 3
- 17. ME CONTRADICEN;** rechazan/bloquean mis deseos, están contra mí: 53
- 18. SON COOPERADORES;** están de acuerdo: 18
- 19. ESTÁN FUERA DE CONTROL;** no son de fiar, son inseguros, son irresponsables: 5
- 20. SON CONTROLADORES;** son dominantes, intimidan, son agresivos, se imponen: 22
- 21. ME DAN INDEPENDENCIA;** me dan autonomía, animan, fomentan mi autodirección: 9
- 22. SON DEPENDIENTES;** son influenciados por mí, son sumisos: 8
- 23. SON INDEPENDIENTES;** se dirigen a sí mismos, son inconformes, son autónomos: 3
- 24. SON ENÉRGICOS;** son superiores, son responsables, son importantes: 0
- 25. SON MALOS;** están equivocados, son culpables: 1
- 26. SON ESTRUCTURADOS;** son rígidos, son severos, son duros/recios: 13
- 27. ESTÁN ENOJADOS;** son irritables, están resentidos, están frustrados: 28
- 28. SON ANSIOSOS;** están asustados, están nerviosos, están preocupados: 12
- 29. ESTÁN FELICES;** son divertidos, están contentos, disfrutan: 5
- 30. ME QUIEREN;** están interesados románticamente en mí: 0

## REACCIONES DEL SUJETO

- 01. ENTENDER;** comprender, percibir, ver correctamente: 29

- 02. NO ENTENDER;** estoy confundido, estoy sorprendido, no me entiendo bien: **5**
- 03. SENTIRME ACEPTADO;** sentirme aprobado: **4**
- 04. SENTIRME RESPETADO;** sentirme valorado, sentirme admirado: **8**
- 05. APRECIAR A LOS OTROS;** soy amistoso: **36**
- 06. DESPRECIAR A LOS OTROS;** odio a los otros: **1**
- 07. SOY ABIERTO;** me expreso a mí mismo: **23**
- 08. NO SOY ABIERTO;** soy inhibido, no soy expresivo, soy distante: **21**
- 09. SOY SERVICIAL;** doy soporte, trato de agradar a los otros, doy a los otros: **9**
- 10. HIERO A LOS OTROS;** soy violento, actúo hostilmente: **26**
- 11. OPONERSE A LOS OTROS;** soy competitivo, rechazo, desconozco, choco con los otros: **12**
- 12. SOY CONTROLADOR;** soy dominante, influyo en otros, manipulo a los otros, soy asertivo, soy agresivo: **16**
- 13. ESTOY FUERA DE CONTROL;** soy irresponsable, soy impulsivo, soy inseguro: **14**
- 14. ME CONTROLO;** soy responsable: **7**
- 15. SOY INDEPENDIENTE;** tomo mis propias decisiones, me autodirijo, soy autónomo: **23**
- 16. SOY DEPENDIENTE:** **2**
- 17. ME SIENTO INCAPAZ;** soy incompetente, soy inadecuado: **6**
- 18. ME TENGO CONFIANZA A MÍ MISMO;** soy o me siento triunfador, me siento orgulloso, me siento asegurado: **1**
- 19. ESTOY INDECISO;** me siento atormentado, soy ambivalente, me siento en conflicto: **8**
- 20. ESTOY DECEPCIONADO;** no estoy satisfecho, me siento desagradado, me siento vacío: **46**
- 21. ME SIENTO ENOJADO;** me siento resentido, me siento irritado: **94**
- 22. ME SIENTO DEPRIMIDO;** me siento sin esperanza, me siento triste, me siento mal: **58**
- 23. ME SIENTO DESAMADO;** me siento solo, me siento rechazado: **49**
- 24. ME SIENTO CELOSO;** me siento envidioso: **12**
- 25. ME SIENTO CULPABLE;** me culpabilizo, me siento equivocado: **3**
- 26. ME SIENTO AVERGONZADO;** me siento turbado, me siento confundido: **3**
- 27. ME SIENTO ANSIOSO;** me siento asustado, me siento preocupado, me siento nervioso: **13**
- 28. ME SIENTO SEGURO;** me siento satisfecho, me siento protegido: **16**
- 29. ME SIENTO FELIZ;** excitado, me siento bien, me siento alegre, me siento eufórico: **46**
- 30. ME SIENTO AMADO:** **1**
- 31. SÍNTOMAS SOMÁTICOS;** dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor [No se tuvo en cuenta porque Luborsky no la incluye en los clusters]

## **ANEXO E**

### **FRECUENCIA CON LA QUE APARECE CADA ÍTEM DE LAS CATEGORÍAS ESTÁNDAR DEL CCRT EN LAS ADOLESCENTES DEL GRUPO DE CONTROL**

#### **DESEOS, PROPÓSITOS, NECESIDADES**

(La categoría principal está en mayúscula, el resto son variantes de la principal)

- 01. SER ENTENDIDO;** ser comprendido, empatizar con, ser visto correctamente: 18
- 02. SER ACEPTADO;** Ser aprobado por los otros, no ser juzgado, recibir afirmación: 9
- 03. SER RESPETADO;** ser tratado justamente, ser valorado, ser importante para otros: 24
- 04. ACEPTAR A OTROS;** ser receptivo a los demás: 1
- 05. RESPETAR A OTROS;** valorar a otros: 2
- 06. TENER CONFIANZA;** ser honesto con los otros, ser auténtico con los otros: 0
- 07. SER APRECIADO;** los otros se interesan en mí: 22
- 08. RECEPTIVIDAD DE LOS OTROS;** ser correspondido, hablan conmigo: 3
- 09. COMUNICACIÓN CON LOS OTROS;** ser abierto, poder expresarme: 2
- 10. DISTANCIARSE DE LOS OTROS;** no ser abierto, no expresar mis deseos, no ser molestado: 3
- 11. ESTAR CERCA DE LOS OTROS;** ser tenido en cuenta/incluido, no estar solo, ser amigos: 37
- 12. AYUDAR A OTROS;** darse a los otros, educar a los otros, respaldar a otros: 13
- 13. SER AYUDADO/RECIBIR APOYO;** recibir soporte, ser protegido: 32
- 14. NO SER OFENDIDO;** evitar dolor e irritación, evitar rechazo, protegerme, defenderme: 3
- 15. SER OFENDIDO;** ser castigado, ser maltratado: 0
- 16. HERIR A LOS DEMÁS;** vengarme, rechazar a los otros, expresar rabia contra los otros: 4
- 17. EVITAR CONFLICTOS;** comprometerme, no disgustar a los otros, estar de acuerdo, ser flexible: 3
- 18. OPONERME A LOS OTROS;** resistirme al dominio de los otros, competir contra los otros: 0
- 19. TENER CONTROL SOBRE LOS OTROS;** dominar, tener poder, hacer las cosas a mi manera: 12
- 20. SER CONTROLADO POR LOS OTROS;** ser sumiso, ser dependiente, ser pasivo, recibir instrucciones: 9
- 21. TENER CONTROL SOBRE MÍ MISMO;** ser conciente, ser racional: 0
- 22. TENER ÉXITO;** ser competente, hacer lo mejor, ganar: 2
- 23. SER INDEPENDIENTE;** ser autosuficiente, ser autónomo, ser sólido: 26
- 24. SENTIRME BIEN RESPECTO A MÍ MISMO;** tener confianza en mí mismo, sentirme satisfecho, tener autoestima: 5
- 25. SUPERARME;** mejorar, progresar: 17
- 26. SER BUENO;** hacer lo correcto, ser perfecto, ser correcto: 2
- 27. SER COMO LOS OTROS;** identificarme con los otros, parecerme a los otros, dejarme modelar: 5
- 28. SER YO MISMO;** no estar conforme, ser diferente, ser único: 0



- 29. NO TENER OBLIGACIONES O NO TENER RESPONSABILIDAD;** ser libre, no tener compromiso: **3**
- 30. SER ESTABLE;** tener seguridad, tener estructura: **0**
- 31. SENTIRME CÓMODO;** relajarme, no sentir malestar: **24**
- 32. SENTIRME FELIZ;** divertirme, disfrutar, sentirme bien: **120**
- 33. SER AMADO;** tener una relación romántica, tener relaciones sexuales: **2**
- 34. REAFIRMARME A MÍ MISMO;** exigir el reconocimiento de mis derechos: **2**
- 35. COMPETIR CON ALGUIEN POR EL AFECTO DE OTRA PERSONA** [No se tuvo en cuenta porque Luborsky no la incluye en los clusters]

## **REACCIONES DE LOS OTROS**

- 01. ENTIENDEN;** son empáticos, son simpáticos, me ven correctamente: **15**
- 02. NO ENTIENDEN;** no son empáticos, son antipáticos, son desconsiderados: **19**
- 03. ME ACEPTAN;** no son rechazantes, me aprueban, me incluyen, me tienen en cuenta: **10**
- 04. ME RECHAZAN;** desaprueban, son críticos: **7**
- 05. ME RESPETAN;** me tratan con justicia, me valoran, me admiran: **12**
- 06. NO ME RESPETAN;** me tratan injustamente, no me valoran, no me admiran: **19**
- 07. NO ME TIENEN CONFIANZA;** no me creen, sospechan de mí: **5**
- 08. NO SON DE CONFIANZA;** me traicionan, me engañan, son deshonestos: **8**
- 09. ME APRECIAN;** se interesan en mí: **41**
- 10. NO ME APRECIAN;** no se interesan en mí: **12**
- 11. SON ABIERTOS;** son expresivos, son reveladores, están disponibles: **3**
- 12. SON DISTANTES;** no corresponden, no están disponibles: **25**
- 13. SON SERVICIALES;** apoyan, me dan, explican: **77**
- 14. NO SON SERVICIALES;** no confortan, no apoyan, no me dan seguridad: **6**
- 15. ME OFENDEN;** son violentos, me tratan mal, son punitivos: **11**
- 16. SON OFENDIDOS;** son injuriados, están atormentados, están heridos: **2**
- 17. ME CONTRADICEN;** rechazan/bloquean mis deseos, están contra mí: **64**
- 18. SON COOPERADORES;** están de acuerdo: **27**
- 19. ESTÁN FUERA DE CONTROL;** no son de fiar, son inseguros, son irresponsables: **4**
- 20. SON CONTROLADORES;** son dominantes, intimidan, son agresivos, se imponen: **43**
- 21. ME DAN INDEPENDENCIA;** me dan autonomía, animan, fomentan mi autodirección: **8**
- 22. SON DEPENDIENTES;** son influenciados por mí, son sumisos: **3**
- 23. SON INDEPENDIENTES;** se dirigen a sí mismos, son inconformes, son autónomos: **4**
- 24. SON ENÉRGICOS;** son superiores, son responsables, son importantes: **0**
- 25. SON MALOS;** están equivocados, son culpables: **1**
- 26. SON ESTRUCTOS;** son rígidos, son severos, son duros/recios: **6**
- 27. ESTÁN ENOJADOS;** son irritables, están resentidos, están frustrados: **22**
- 28. SON ANSIOSOS;** están asustados, están nerviosos, están preocupados: **9**
- 29. ESTÁN FELICES;** son divertidos, están contentos, disfrutan: **15**
- 30. ME QUIEREN;** están interesados románticamente en mí: **0**

## **REACCIONES DEL SUJETO**

- 01. ENTENDER;** comprender, percibir, ver correctamente: **33**

02. NO ENTENDER; estoy confundido, estoy sorprendido, no me entiendo bien: 7
03. SENTIRME ACEPTADO; sentirme aprobado: 4
04. SENTIRME RESPETADO; sentirme valorado, sentirme admirado: 9
05. APRECIAR A LOS OTROS; soy amistoso: 19
06. DESPRECIAR A LOS OTROS; odio a los otros: 0
07. SOY ABIERTO; me expreso a mí mismo: 19
08. NO SOY ABIERTO; soy inhibido, no soy expresivo, soy distante: 6
09. SOY SERVICIAL; doy soporte, trato de agradar a los otros, doy a los otros: 10
10. HIERO A LOS OTROS; soy violento, actúo hostilmente: 8
11. Oponerse a los otros; soy competitivo, rechazo, desconozco, choco con los otros: 10
12. SOY CONTROLADOR; soy dominante, influyo en otros, manipulo a los otros, soy asertivo, soy agresivo: 25
13. ESTOY FUERA DE CONTROL; soy irresponsable, soy impulsivo, soy inseguro: 16
14. ME CONTROLO; soy responsable: 10
15. SOY INDEPENDIENTE; tomo mis propias decisiones, me autodirijo, soy autónomo: 26
16. SOY DEPENDIENTE: 8
17. ME SIENTO INCAPAZ; soy incompetente, soy inadecuado: 3
18. ME TENGO CONFIANZA A MÍ MISMO; soy o me siento triunfador, me siento orgulloso, me siento asegurado: 4
19. ESTOY INDECISO; me siento atormentado, soy ambivalente, me siento en conflicto: 3
20. ESTOY DECEPCIONADO; no estoy satisfecho, me siento desagradado, me siento vacío: 45
21. ME SIENTO ENOJADO; me siento resentido, me siento irritado: 66
22. ME SIENTO DEPRIMIDO; me siento sin esperanza, me siento triste, me siento mal: 53
23. ME SIENTO DESAMADO; me siento solo, me siento rechazado: 10
24. ME SIENTO CELOSO; me siento envidioso: 3
25. ME SIENTO CULPABLE; me culpabilizo, me siento equivocado: 11
26. ME SIENTO AVERGONZADO; me siento turbado, me siento confundido: 8
27. ME SIENTO ANSIOSO; me siento asustado, me siento preocupado, me siento nervioso: 20
28. ME SIENTO SEGURO; me siento satisfecho, me siento protegido: 18
29. ME SIENTO FELIZ; excitado, me siento bien, me siento alegre, me siento eufórico: 95
30. ME SIENTO AMADO: 0
31. SÍNTOMAS SOMÁTICOS; dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor [No se tuvo en cuenta porque Luborsky no la incluye en los clusters]

## **ANEXO F**

### **EPISODIOS DE RELACIÓN CON EL PADRE**

#### **Deseos**

6 (Ser amado y entendido)	63,15%
5 (Estar cerca (de los otros) y aceptarlos)	15,78%
7 (Sentirme bien y cómodo)	10,52%
4 (Ser distante y evitar conflictos)	5,26%
8 (Tener éxito y ayudar a los otros)	5,26%

#### **Reacciones de los otros**

5 (Se oponen y están en contra)	51,42%
3 (Trastornan, alteran, enojan)	28,57%
2 (Controlan)	11,42%
6 (Ayudan)	5,71%
4 (Malos)	2,85%

#### **Reacciones del sujeto**

7 (Decepcionado y deprimido)	32,14%
8 (Asustado y avergonzado)	17,85%
5 (Autocontrol y autoconfianza)	17,85%
6 (Desamparado)	10,71%
3 (Respetado y aceptado)	10,71%
2 (No receptivo y cerrado)	7,14%
4 (Me opongo y hiero a los otros)	3,57%

### **EPISODIOS DE RELACIÓN CON EL MÉDICO CLÍNICO (DR. KATZ)**

#### **Deseos**

6 (Ser amado y entendido)	75,00%
4 (Ser distante y evitar conflictos)	25,00%



#### **Reacciones de los otros**

5 (Se oponen y están en contra)	39,13%
3 (Trastoman, alteran, enojan)	26,08%
2 (Controlan)	17,39%
6 (Ayudan)	8,69%
1 (Fueres)	8,69%

#### **Reacciones del sujeto**

7 (Decepcionado y deprimido)	35,71%
8 (Asustado y avergonzado)	14,28%
5 (Autocontrol y autoconfianza)	14,28%
2 (No receptivo y cerrado)	07,14%
4 (Me opongo y hiero a los otros)	21,42%
1 (Ayudo)	7,14%

### **EPISODIOS DE RELACIÓN CON EL PSIQUIATRA (DR. GOLD)**

#### **Deseos**

6 (Ser amado y entendido)	57,89%
5 (Estar cerca (de los otros) y aceptarlos)	5,26%
7 (Sentirme bien y cómodo)	5,26%
4 (Ser distante y evitar conflictos)	15,78%
8 (Tener éxito y ayudar a los otros)	5,26%
2 (Oponerse, herir y controlar a los otros)	5,26%
3 (Ser controlado, ser herido y no ser responsable)	5,26%

#### **Reacciones de los otros**

5 (Se oponen y están en contra)	52,08%
3 (Trastoman, alteran, enojan)	16,66%
2 (Controlan)	8,33%
6 (Ayudan)	8,33%
4 (Malos)	6,25%
8 (Entienden)	4,16%
7 (Me aprecian)	4,16%

### **Reacciones del sujeto**

7 (Decepcionado y deprimido)	39,58%
8 (Asustado y avergonzado)	6,25%
5 (Autocontrol y autoconfianza)	10,41%
6 (Desamparado)	6,25%
3 (Respetado y aceptado)	8,33%
2 (No receptivo y cerrado)	12,50%
4 (Me opongo y hiero a los otros)	12,50%
1 (Ayudo)	4,16%